

MÁRCIO ALEXANDRE ARAÚJO FLORÊNCIO DOS SANTOS

***PERFIL DOS FAMILIARES RESPONSÁVEIS PELA
AUTORIZAÇÃO OU RECUSA À DOAÇÃO DE CÓRNEAS EM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA***

***CAMPINAS
2009***

MÁRCIO ALEXANDRE ARAÚJO FLORÊNCIO DOS SANTOS

***Perfil dos Familiares Responsáveis pela Autorização ou Recusa à
Doação de Córneas em Hospital de Referência***

*Tese de doutorado apresentada na pós-graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas para obtenção do título de Doutor em
Ciências Médicas, Área de concentração Oftalmologia*

ORIENTADOR : PROF. DR. NEWTON KARA JOSÉ

CAMPINAS
UNICAMP
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sa59p Santos, Márcio Alexandre Araújo Florêncio dos
Perfil dos familiares responsáveis pela autorização ou recusa à
doação de córneas em Hospital de Referência / Márcio Alexandre
Araújo Florêncio dos Santos. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Newton Kara-José
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Córnea. 2. Doação de órgãos. 3. Transplante de córnea. 4.
Bancos de olhos. I. Kara-José, Newton. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Profile of family members for approving or refusing the cornea donation in a reference hospital

Keywords: • Cornea
• Organ donation
• Cornea transplantation
• Eye bank

Titulação: Doutor em Ciências Médicas
Área de concentração: Oftalmologia

Banca examinadora:
Profª. Drª. Newton Kara-José
Profa. Dra. Keila Miriam Monteiro de Carvalho
Profa. Dra. Carlos Eduardo Leite Arieta
Prof. Dr. Ivan Mayanart
Profa. Dra. Regina Carvalho

Data da defesa: 18-11-2009

Banca examinadora de Tese de Doutorado

Márcio Alexandre Araújo Florêncio dos Santos

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Newton Kara José

Membros:

Professor (a) Doutor (a) Ivão Maynard Tavares

Professor (a) Doutor (a) Regina de Souza Carvalho

Professor (a) Doutor (a) Carlos Eduardo Leite Arieta

Professor (a) Doutor (a) Keila Minem Monteiro De Carvalho

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/11/2009

DEDICATÓRIA

A Deus; Aos meus pais oftalmologistas Pedro Florêncio e Ana Maria Florêncio; ao meu irmão oftalmologista Valério Florêncio; e aos meus professores da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas que tanto colaboraram para minha formação profissional e acadêmica

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Newton Kara-José, pela confiança demonstrada em meu trabalho desde o início; oftalmologista pioneiro, dedicado, amigo, exemplo ético a ser seguido pela oftalmologia brasileira;

A Prof. Edméa Temporini, grande responsável pela revisão do questionário desta tese;

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta e Prof. Dr. José Paulo Cabral de Vasconcelos, incentivadores de minha pesquisa;

A Prof. Dra. Rosane Castro, pela sua paciência e dedicação a minha pessoa;

A Prof. Dra. Keila Monteiro, por sua determinação a frente do Departamento de Oftalmologia da Unicamp;

Ao Prof. Nilo Holzchuh, pelas oportunidades confiadas a minha pessoa para representar os residentes da Unicamp nos Congressos da Santa Casa de São Paulo;

Ao Dr. Eduardo Macruz e Dr. Eduardo Kato, que me acolheram como pais e me encheram de oportunidades para aprimorar minha técnica cirúrgica;

Ao Prof. Dr. Roberto Caldato e Dr. Wilson Marchi, pelos ensinamentos em cirurgia refrativa e plástica ocular;

Ao Prof. Dr. Valdir Balarin e Dra. Andréa Torigoe, pelas oportunidades cedidas durante meu Fellow em Retina clínica e cirúrgica;

Ao Dr. Michel Berezovsky, pela amizade e orientações nas cirurgias de vitrectomia posterior;

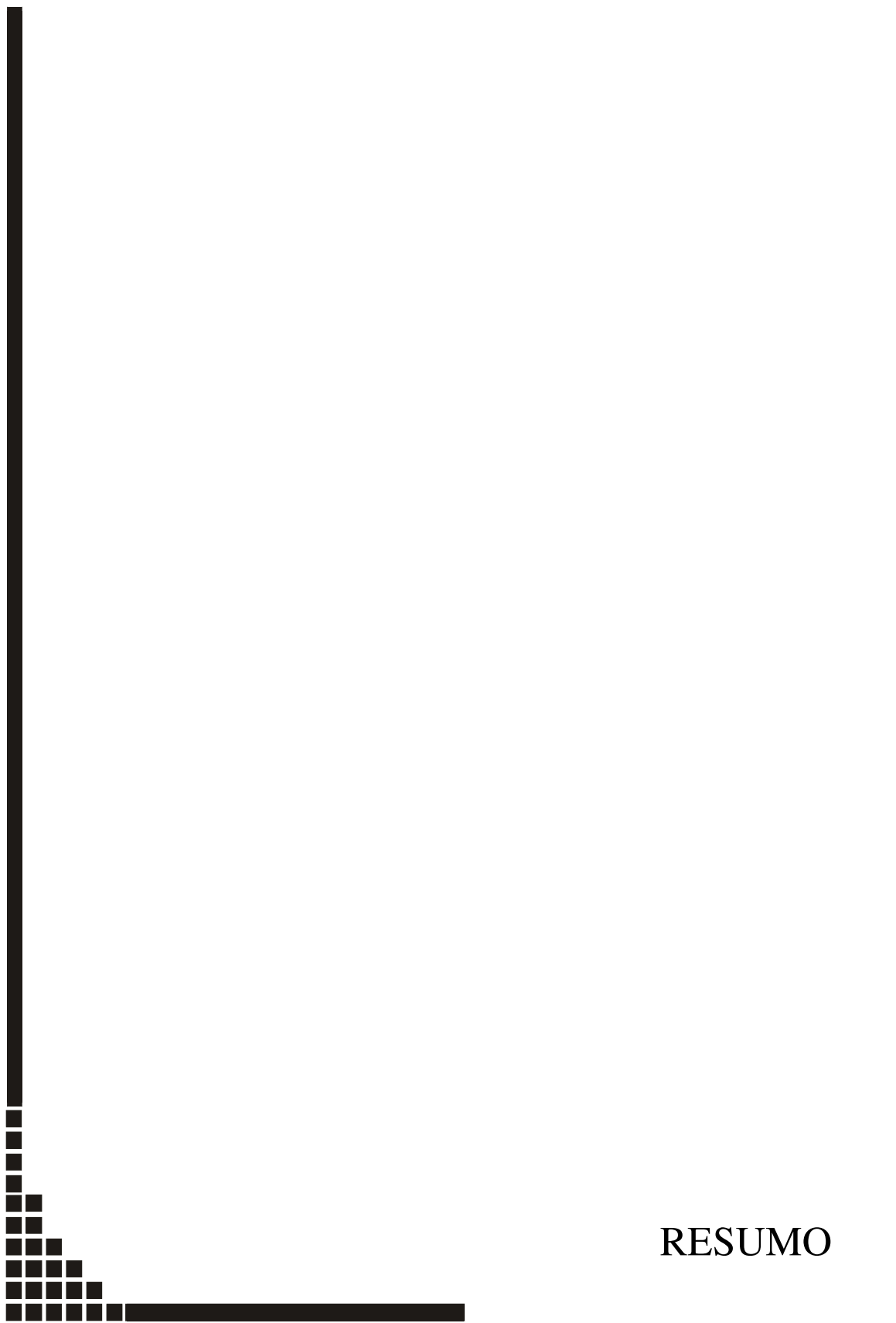
A Prof. Dra. Marilisa nano Costa, por seus ensinamentos de Vias Lacrimais e oportunidades cedidas a minha pessoa para orientar colegas residentes em cirurgias de vias Lacrimais nesta escola;

Ao Valtuir (Valter) da secretaria da Oftalmologia, pelo seu empenho e dedicação a resolver todos assuntos burocráticos de minha tese;

Aos funcionários do Ambulatório de Oftalmologia da Unicamp e Divinolândia;

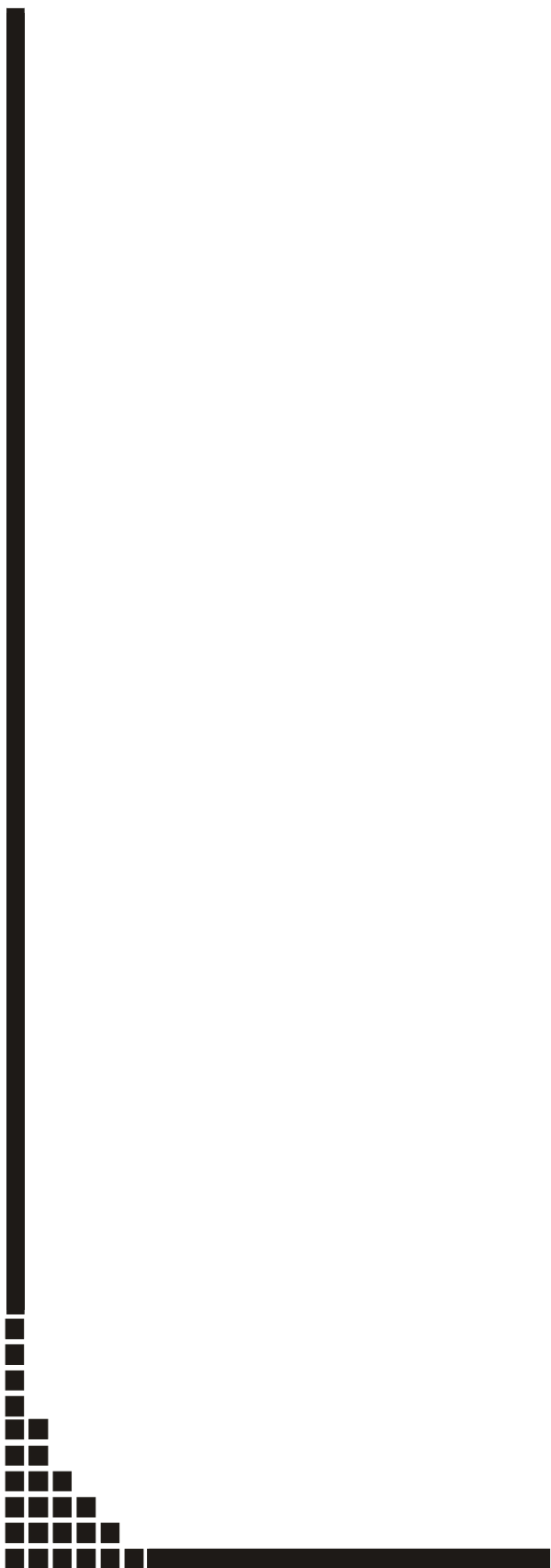
Aos meus colegas residentes;

e às enfermeiras Jane, Ana Paula, Neuza Heli pelo carinho e excelente trabalho desenvolvido durante a minha estadia nessa escola



RESUMO

Os objetivos deste estudo foram identificar o perfil epidemiológico dos familiares responsáveis pela autorização ou recusa à doação de córneas de seus parentes falecidos no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; suas razões para autorizar ou não a doação; e razões para ser ou não doador de córneas. O estudo foi desenvolvido na Faculdade de Ciências Médicas, no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, São Paulo, Brasil, entre dezembro de 2005 e dezembro de 2006. O desenho adotado nesta pesquisa foi um estudo transversal do tipo analítico e descritivo, realizado através de questionário testado em estudo piloto. A amostra populacional desse estudo foi calculada baseado em teste estatístico para estudo descritivo e variável qualitativa. Foram realizadas 184 entrevistas e os resultados sugeriram que os familiares que eram solteiros, divorciados ou separados; católicos ou sem religião; que possuíam conhecimento que sua religião era a favor da doação; que possuíam atitudes altruísticas; que possuíam algum grau de conhecimento sobre doação e que obtinham informação sobre doação pela TV ou rádio, autorizaram mais a doação das córneas de seu parente falecido. As razões citadas para autorizar a doação de córneas foram: solidariedade às famílias que esperam por uma córnea; respeito ao desejo em doar do falecido; atitude altruística de ajudar ao próximo; conforto ao momento de dor que a família vivia. E as razões citadas contra a doação foram: respeito ao desejo em não doar do parente falecido; desconfiança na utilização da córnea; demora para captar a córnea e razões religiosas. O conhecimento desse perfil e dessas razões poderá levar a um melhor entendimento da recusa familiar e assim, planejar medidas mais efetivas para aumentar a doação de córneas.



ABSTRACT

The objectives of this study was to identify the epidemiological profile of the family responsible for granting or refusing the donation of corneas of their deceased relatives in the Clinical Hospital of State University of Campinas and identify their reasons for granting or not giving, and reasons to be or not donor corneas. The study was conducted at the College of medical Sciences of Clinical Hospital of state University of Campinas, São Paulo, Brazil, between December 2005 and December 2006. The design adopted in this research study was a cross-sectional analytical and descriptive study through a questionnaire tested in a pilot study. The sample population of this study was calculated based on statistical test for a descriptive and qualitative variable. One hundred eighty four interviews were conducted and the results suggested that family members who were single, divorced or separated, Catholic or no religion, who had knowledge that their religion was in a favor donation, which had altruistic attitudes, which had some degree of knowledge about cornea donation and they obtained information about donation by TV or radio were more significant to authorize the donation of corneas of their deceased relative. Reasons cited to authorize the donation of corneas were: solidarity, the deceased wanted to donate, altruistic attitude to the next, comfort the moment of pain that the family lived. And the reasons cited against the donation were the deceased relative did not want to be a donor, do not have confidence in the use of the cornea, the delay to capture the cornea and religion reasons. Knowledge of this profile and theses reasons may lead to a better understanding of family refusal and so, plan the most effective measures to increase the donation of corneas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
A.c.	Antes de Cristo
CNCDO	Central de Notificação, captação e distribuição de órgãos
Col.	Colaboradores
CRM	Conselho Federal de Medicina
D.c.	Depois de Cristo
EUA	Estados Unidos da América
HC	Hospital de Clínicas
HC- Unicamp	Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
Ho	Hipótese Nula
OPO	Organização de Procura de Órgão
OPTN	Organ Procurement and transplantation network
Pmp	Por milhão de população
RBT	Registro Brasileiro de Transplantes
Séc.	Século
SUS	Sistema Único de Saúde
SPIT	São Paulo Interior Transplante
SNT	Secretaria Nacional de Transplantes
TV	Televisão

Unicamp Universidade Estadual de Campinas

UNOS United Network for Organ Sharing

LISTA DE FIGURAS

	<i>PÁG.</i>
Figura 1 Centros transplantadores ativos por região no 4º.trimestre de 2000	57
Figura 2 Análise evolutiva do número de transplantes de córneas realizados no Brasil do 2º. Semestre de 2003 a 1º. Semestre de 2007	64
Figura 3 Análise comparativa de transplantes de córneas realizados no Brasil nos anos de 2006 x 2007	65
Figura 4 Distribuição dos familiares dos pacientes falecidos que aceitaram participar da pesquisa. Campinas – SP, 2006	85
Figura 5 Distribuição dos familiares dos pacientes falecidos segundo a faixa etária de idade. Campinas – SP, 2006	86
Figura 6 Distribuição dos familiares dos pacientes falecidos segundo o sexo. Campinas – SP, 2006	87
Figura 7 Distribuição dos familiares entrevistados, de acordo com o estado civil. Campinas – SP, 2006	88
Figura 8 Distribuição dos familiares entrevistados, de acordo com o grau de escolaridade. Campinas – SP, 2006	89
Figura 9 Percentual dos familiares entrevistados que trabalham ou trabalharam em alguma instituição como voluntários. Campinas – SP, 2006	90
Figura 10 Distribuição dos familiares entrevistados quanto ao grau de conhecimento sobre o assunto “doação de córneas”. Campinas – SP, 2006	91

Figura 11	Televisão : Fonte de obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006	92
Figura 12	Revistas: Fonte de obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006	92
Figura 13	Jornal: Fonte de obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006	93
Figura 14	Rádio: Fonte de obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006	93
Figura 15	Conversa com profissionais da saúde: Fonte de obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006	94
Figura 16	Conversa com parentes ou amigos: Fonte de obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006	94
Figura 17	Instituições de ensino: Fonte de obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006	95
Figura 18	Percentual dos entrevistados que eram transplantados. Campinas - SP, 2006	96
Figura 19	Percentual dos entrevistados que conheciam alguém transplantado. Campinas – SP, 2006	96
Figura 20	Percentual dos entrevistados que conheciam alguém que doou órgãos ou córneas. Campinas – SP, 2006	97
Figura 21	Percentual dos entrevistados que são ou já foram doadores de sangue. Campinas – SP, 2006	97
Figura 22	Percentual dos entrevistados que doariam seus próprios órgãos. Campinas – SP, 2006	98
Figura 23	Percentual dos entrevistados que doariam suas córneas. Campinas – SP, 2006	99

Figura 24	Razões para os entrevistados doarem suas próprias córneas – Solidariedade aos que esperam por uma córnea na fila de espera. Campinas – SP, 2006	100
Figura 25	Razões para os entrevistados doarem suas próprias córneas – Obrigação moral e costume da família em doar. Campinas – SP, 2006	100
Figura 26	Razões para os entrevistados doarem suas próprias córneas – Reciprocidade. Campinas – SP, 2006	101
Figura 27	Razões para os entrevistados doarem suas próprias córneas – Permanecer vivo mesmo após a morte. Campinas – SP, 2006	101
Figura 28	Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: Não receber nenhum incentivo financeiro para doar. Campinas – SP, 2006	102
Figura 29	Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: Rejeitar a idéia do corpo mutilado após a doação. Campinas – SP, 2006	103
Figura 30	Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: medo das córneas serem retiradas antes da morte em definitivo. Campinas – SP, 2006	103
Figura 31	Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: religião não permiti a doação. Campinas – SP, 2006	104
Figura 32	Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: não deseja explicar os motivos para não ser doador. Campinas – SP, 2006	104
Figura 33	Distribuição dos familiares, segundo o tipo de religião. Campinas – SP, 2006	105

Figura 34	Distribuição dos familiares religiosos, segundo a prática religiosa. Campinas – SP, 2006	106
Figura 35	Distribuição dos familiares, segundo a opinião de suas respectivas religiões quanto a favorabilidade ou não à doação. Campinas – SP, 2006	107
Figura 36	Distribuição dos familiares, segundo a interferência da religião em ser doador. Campinas – SP, 2006	108
Figura 37	Distribuição dos familiares segundo o conhecimento prévio do desejo de doação do parente falecido. Campinas – SP, 2006	109
Figura 38	Distribuição dos familiares, quanto à autorização a doação das córneas de seus parentes falecidos. Campinas – SP, 2006	110
Figura 39	Razões do consentimento dos familiares a favor da doação de córneas quanto o desejo do familiar. Campinas – SP, 2006	111
Figura 40	Razões do consentimento dos familiares a favor da doação de córneas: Doar é um bem que se faz ao próximo. Campinas – SP, 2006	111
Figura 41	Razões do consentimento dos familiares a favor da doação de córneas: Ajudar a quem precisa de uma córnea. Campinas – SP, 2006	112
Figura 42	Razões do consentimento dos familiares a favor da doação de córneas: Doar serve de conforto a família. Campinas – SP, 2006	112
Figura 43	Razões da recusa dos familiares a doação de córneas: o falecido era contra doação. Campinas – SP, 2006	113
Figura 44	Razões da recusa dos familiares a doação de córneas: Não tenho confiança na real utilização da córnea a ser doada. Campinas – SP, 2006	114

Figura 45	Razões da recusa dos familiares a doação de córneas: O ato da doação é muito demorado e aumenta o sofrimento da família. Campinas – SP, 2006	114
Figura 46	Razões da recusa dos familiares a doação de córneas: A religião não permite a doação. Campinas – SP, 2006	115

LISTA DE TABELAS

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1 Distribuição do número de receptores transplantados, com doador cadáver, Estado de São Paulo, de 1997 a 2006	58
Tabela 2 Comparação entre as variáveis sócio-demográficas e a autorização para doação de córneas do parente falecido	118
Tabela 3 Comparação entre as variáveis relacionadas ao processo de doação e a autorização para doação de córneas do parente falecido	119
Tabela 4 Comparação entre as variáveis sócio-demográficas e a intenção do entrevistado em ser doador de suas próprias córneas	122
Tabela 5 Comparação entre as variáveis relacionadas ao processo de doação e a intenção do entrevistado em ser doador de suas próprias córneas	123

SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO	Xiii
ABSTRACT	Xvii
1- INTRODUÇÃO	39
1.1- HISTÓRICO DOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS	41
1.2- HISTÓRICO DOS TRANSPLANTES DE CÓRNEAS	45
1.3- REGULAMENTAÇÃO DOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO BRASIL	47
1.4- ETAPAS DO PROCESSO DE DOAÇÃO	51
1.5- REMOÇÃO OCULAR	56
1.6- BANCO DE OLHOS	57
2- OBJETIVOS	61
3- REVISÃO DA LITERATURA	65
4- MATERIAL E MÉTODOS	75
4.1- TIPO DE PESQUISA E LOCAL DE ESTUDO	77
4.2- POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO	77
4.3- AMOSTRA POPULACIONAL E LOGÍSTICA DA PESQUISA	78
4.4- FATORES DE INCLUSÃO	79
4.5- FATORES DE EXCLUSÃO	79
4.6- TÉCNICAS E INSTRUMENTO DA PESQUISA	80
4.7- VARIÁVEIS EM ESTUDO	81
4.8- ASPECTOS ÉTICOS	84
5. RESULTADOS	85
6. DISCUSSÃO	127
7. CONCLUSÃO	163
8. ANÁLISE ESTATÍSTICA	171
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
10. ANEXOS	191



INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

1.1 - HISTÓRICO DOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Credita-se ao cirurgião genovês Jacques-Louis Reverdin (1842-1928), o primeiro transplante com sucesso em humanos, realizado em Genebra, um autotransplante de pele em 1869. Apesar da literatura médica atual limitar a história dos transplantes aos últimos cem anos, existem dados de contos mitológicos em várias culturas religiosas que sugerem que a idéia do transplante pode ser muito mais antiga.(BHANDARI E TEWARAL,1997)

Segundo a mitologia grega, o primeiro transplante bem sucedido foi realizado por Dédalo que prendeu com cera, asas de pássaro em seus braços, para fugir voando da prisão de Creta. Já o seu filho Ícaro, realizou experimento similar, mas sem sucesso, pois quando o mesmo voou, estava muito próximo ao sol, e a cera derreteu. (COOPER E LANZA, 2000)

Outros relatos encontrados são em textos indianos entre o século II e III A.c., que citam os primeiros enxertos pediculados autogênicos de testa, pescoço e queixo para restaurar mutilações de nariz, orelha e lábios. (FLYE, 1989)

Lendas sobre transplantes representam certo simbolismo religioso e envolve santos padroeiros da Medicina, como São Cosme e São Damião (séc.II D.c.) e Santa Luzia, padroeira dos olhos. No primeiro, diz a lenda que a perna de um mouro após sua

morte, foi transplantada com sucesso em um paciente com a perna amputada por gangrena. Já a lenda da Santa Luzia, refere-se ao aparecimento de novos olhos (“transplante”) na Santa logo após a exenteração por mutilação dos mesmos. (BARKAN, 1996)

John Hunter foi o primeiro cirurgião que estabeleceu as bases científicas da cirurgia moderna, postulando que substâncias vivas tinham a disposição de unirem-se quando colocadas em contato com as outras. (COOPER, 2000; FLYE, 1989)

Acreditava-se, no séc.XV, que os transplantes em humanos eram controlados pelas mesmas leis dos enxertos vegetais e que tecidos de diferentes origens poderiam se unir quando submetidos à forte adesão. Já no século XIX ocorreu o desenvolvimento dos enxertos livres e alguns pesquisadores observaram que os autotransplantes sobreviviam melhor e as freqüentes falhas com os alo e xenotransplantes levantaram questões quanto a compatibilidade entre diferentes espécies. Mudando o foco da investigação técnica para a biológica no final do século XIX. (FLYE, 1989)

Contribuições para as normas de antisepsia e desenvolvimento da assepsia permitiram o enxerto cirúrgico e menor taxa de infecção pós-cirúrgica. Com isso, os resultados cirúrgicos melhoraram. (FLYE, 1989)

Na literatura contemporânea, os primeiros relatos publicados de transplantes experimentais datam do final do século XIX, onde cirurgiões faziam pesquisas em animais, estudando as anastomoses vasculares. (MURPHY, 1897)

Em 1890, o escocês Macewen realizou o primeiro autotransplante de tecido ósseo.(MERRIL, 1956) Em 1905, Floresço publicou suas primeiras experiências desenvolvendo técnicas de transplantes renais, sem sucesso. Muitos Xenotransplantes também foram experimentados nessa época, onde rins de cabra eram transplantados em cães e olhos de coelho em ser humano, entre outros. (FLORESÇO, 1905)

Da mesma forma como ocorreu nos experimentos em animais, o rim foi o primeiro órgão transplantado em humanos, utilizando-se a experiência adquirida em anastomoses em animais, e impulsionado pela dramática situação letal dos pacientes em anúria. Muitas tentativas se sucederam até a observação por Voronoy entre 1933 e 1949 que o insucesso dos transplantes, até então, era devido a processos imunológicos de incompatibilidade.(HUME, 1955)

Mas somente após a 2ª.Guerra Mundial, devido aos avanços na antibioticoterapia, na obtenção de frações de plasma, nas técnicas de transfusões sanguíneas, na anestesia endotraqueal, anastomoses vasculares primárias, na diálise, enxertos cutâneos, melhor entendimento da histocompatibilidade e surgimento de terapêuticas de imunossupressão é que foi possível o desenvolvimento mais acelerado dos transplantes. (GARCIA, 2000a)

Foi na era moderna que surgiram (1950) os transplantes de órgãos não regeneráveis, salientando-se as contribuições dos cirurgiões Aléxis Carrel (1873-1944, Prêmio Nobel de 1912) e Charles C.Guthrie (1880) que desenvolveram a técnica de sutura dos vasos sanguíneos. Também, Emmerich Ullmann (1861-1937) removeu um rim de um cachorro e o manteve funcionando por poucos dias no corpo de outro cachorro. O insucesso desse transplante revelou o problema da rejeição e experiências ulteriores

mostraram a necessidade da semelhança genética estrita entre o doador e o receptor para o sucesso desse transplante (LAMB, 2000)

Joseph Murray, em 1954, foi o primeiro a demonstrar que o transplante podia efetivamente substituir a função renal através da doação de um rim entre gêmeos idênticos (MERRIL, 1956). No final desta mesma década, através das observações de Schwartz e Dameshek, foi desenvolvido o conceito da imunossupressão induzida por drogas e Christiam Bernard em 1967, na África do Sul, transplantou um coração. (MURRAY, 1958)

Os anos 60, para a comunidade envolvida em transplantes, foi o período de maior otimismo, com melhores resultados principalmente após o desenvolvimento de imunossupressão. Logo após veio o período de consolidação dos transplantes com o desenvolvimento de novas tecnologias e técnicas mais apuradas de cirurgias. (CALNE, 1961)

Na década de 70, não só os transplantes renais, mas como outros órgãos como o fígado, coração, pulmão, pâncreas e intestino começaram a serem transplantados com sucesso de forma mais rotineira. O Christian Bernard foi o pioneiro na realização do transplante cardíaco. Um ano depois, em 1968, o Euriclides de Jesus Zerbini, em São Paulo, realizou o primeiro transplante de coração no Brasil. (DÉCOURT, 1970)

Atualmente os resultados dos transplantes estão cada vez mais consistentes e muitos pacientes transplantados tem sobrevivido por um período superior a 25 anos com

taxas de sobrevida em cinco anos superior a 70% em sua grande maioria. (GARCIA, 2000b)

No Brasil, os transplantes de órgãos iniciaram-se na década de 1960, mas segundo o ministério da Saúde em razão da baixa sobrevida dos pacientes transplantados, esse tipo de tratamento pouco se difundiu. Após 15 anos, com o desenvolvimento e criação de técnicas cirúrgicas, equipamentos de suporte, métodos de determinação de histocompatibilidade entre doador e receptor, além de imunossupressores, a atividade de transplantes ganhou importância e êxito. (ALCÂNTARA, 1998)

1.2 - HISTÓRICO DOS TRANSPLANTES DE CÓRNEAS

Os primeiros relatos referentes a um transplante de córnea estão documentados em manuscritos egípcios desde 2000 a.c. Cegueiras por cicatrizes ou infecções corneanas já eram relatadas nessa época, entretanto, com tratamentos muito deficientes, utilizando-se de misturas com ingredientes exóticos e rituais religiosos associados a tentativas de cura. (ALBERT, 1996)

Hipócrates, o pai da medicina, já descrevia que úlceras e cicatrizes na córnea levavam a cegueira, mas foi Galen, físico grego, que primeiro sugeriu o conceito de restaurar uma córnea opaca por uma transparente e fez a abrasão corneana para retirar

cicatrizes superficiais. Existia nessa época um conhecimento limitado e nenhuma referência ao transplante como tratamento. (CASEY E MAYER, 1984)

No século IV, o único relato relacionado ao transplante trata-se da história da Santa Luzia (ou Santa Lúcia) que segundo relatos religiosos foi uma jovem rica italiana que possuía voto de virgindade perpétua que após a morte de seu pai foi obrigada a casar-se. Lúcia revoltou-se contra seu noivo e autoridades da época, sendo decapitada em 303 d.c.. Santa Luzia segundo tradição oral retirou os próprios olhos e entregou aos carrascos, pois preferia isso a renegar sua fé cristã. Acredita-se que seus olhos reapareceram logo após intactos.

Darwin em 1760 sugeriu a trepanação e retirada da córnea opaca, mas sem sucesso. A idéia de substituir uma córnea opaca por outra transparente já tinha sido sugerida há séculos. E várias tentativas foram realizadas com o intuito de reabilitar a visão de pacientes com cegueira em virtude de doenças corneanas. (DARWIN, 1796)

Em 1771, Pellier de Quensgy, na França, imaginou trocar a córnea por uma lâmina de vidro cristal. Já em 1813, em Viena, Himly levantou a possibilidade de trocar uma córnea opacificada por uma transparente. Em 1824, Reisinguer realizou o primeiro enxerto com uma córnea de animal. (ALBERT, 1996)

A evolução das tentativas até chegar ao sucesso ocorreu paralelamente ao progresso da anestesia, assepsia, melhoria dos instrumentais, microscópio cirúrgico, refinamento da técnica cirúrgica, viscoelásticos e materiais de sutura. E somente em 1905 foi que o oftalmologista Eduard Zinn realizou o primeiro transplante de córnea

penetrante bem sucedido em humanos. Não existem duvidas que esse feito foi significativo para a história de sucesso deste tipo de transplante. (MARCON, 2006; BASU, 1989)

A prática cotidiana dos transplantes de córneas só foi consolidada em 1944, quando o primeiro banco de olhos mundial foi inaugurado no Hospital Manhattan de Olhos, Ouvidos e Garganta. A eficácia do transplante de córnea na recuperação da visão, possibilitou a integração deste serviço aos sistemas de saúde pública de vários países. (GARCIA, 2000a)

Existem ainda limitações ao transplante de córnea. Sendo, a rejeição, uma das barreiras e desafio para a oftalmologia moderna, além da escassez do número de doadores. Acredita-se que o primeiro transplante de córnea no Brasil foi realizado por Arruga em 1938, em Porto Alegre, e por Resende de Freitas, no Rio de Janeiro, na mesma época. (BASU, 1989; MARCON, 2006; ABTO, 2006)

1.3- REGULAMENTAÇÃO DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO BRASIL

Foi no final da década de 60 que se iniciaram as atividades de transplantes no Brasil, a partir dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, com a realização dos dois primeiros transplantes renais do país. Com o crescimento progressivo deste procedimento

fez-se necessário regulamentar esta atividade, que se inicia com o diagnóstico da morte encefálica, chegando até os critérios de distribuição. (ABTO, 2006)

O período compreendido entre 1968 e 1997 é considerado o período “heróico e romântico” dos transplantes onde a atividade do transplante era pouco regulamentada e desenvolvida com bastante informalidade. No Brasil, a notificação de potenciais doadores se deu inicialmente de uma forma pouco estruturada. Apenas na década de 1980, nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, surgiram as primeiras organizações para notificação e alocação. Até então a procura por doadores era realizada pelos próprios transplantadores nas unidades de tratamento de pacientes graves. Não havia uma organização voltada especificamente para o doador. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002)

Deste período inicial até os dias atuais, esta atividade teve uma evolução considerável em termos de técnicas, resultados, variedade de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados. Mesmo com a existência da Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, posteriormente revogada pela Lei nº 8.489 de 18 de novembro de 1992 (anexo 1), que dispunha sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, não havia, neste período, uma legislação apropriada que regulamentasse a realização de transplante. O que havia eram regulamentações regionais, desenvolvidas informalmente quanto à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição dos órgãos captados. (BRASIL, SNT 2001; BRASIL, LEI no. 8.489- anexo 1, 1992)

Apesar de todo o avanço ocorrido nesta área com a publicação de legislações e o desenvolvimento das drogas, observa-se que ainda permanece como grande desafio aperfeiçoar os critérios de seleção de receptores para os diversos tipos de transplante, tendo em vista a escassez de órgãos disponíveis para a doação.

Na medida em que grande parte dos procedimentos realizados era financiada por recursos públicos e que se aprofundava o entendimento de que os órgãos captados eram “bens públicos”, cresceu, na sociedade brasileira, entre os gestores do SUS (sistema único de saúde) e na própria comunidade transplantadora, o desejo de regulamentar a atividade, criar uma coordenação nacional para um sistema de transplantes e definir critérios claros, tecnicamente corretos e socialmente aceitáveis e justos, de destinação dos órgãos.(BRASIL, SNT 2001)

No estado de São Paulo, a regulação das atividades de transplantes teve seu início em 1987, na região de Ribeirão Preto através do SPIT (São Paulo Interior Transplante), entidade sem fins lucrativos que congregava 42 centros de diálise e equipes de transplante renal em 30 cidades do interior do estado de São Paulo e de Minas Gerais. Inicialmente todas as etapas do trabalho eram feitas de forma manual, sendo que, o posterior desenvolvimento de um sistema informatizado específico, foi fator decisivo para propiciar agilidade e maior transparência aos processos envolvidos no trabalho. (SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006; BRASIL, MINISTÉRIO DAD SAÚDE 2006)

A partir de 1968, com a publicação da Lei de transplantes, vigorou o consentimento informado, no qual a decisão sobre a doação pertencia aos familiares do

potencial doador. Esta lei foi aperfeiçoada em 1992 com a promulgação da lei no 8.489. (BRASIL, Lei no. 8.489 - Anexo 1, 1992)

Em 1997 foi criada a chamada Lei dos Transplantes, Lei nº 9.434 (Anexo 2), cujo objetivo era dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e o Decreto nº 2.268 (Anexo3), de 30 de junho de 1997 que a regulamentou, na tentativa de minimizar as distorções e até mesmo injustiças na destinação dos órgãos. No dia 30 de junho de 1997, foi criado o Sistema Nacional de Transplantes – SNT, as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) para cada estado brasileiro e os Cadastros Técnicos (lista única) para distribuição dos órgãos e tecidos doados. Nesse mesmo período foram também destinados recursos financeiros para o pagamento do processo de doação. No estado de São Paulo, o processo das CNCDO foi descentralizado com a criação das Organizações de Procura de Órgãos (OPOs). (BRASIL, Lei no. 9434, 1997; BRASIL, DECRETO no. 2268, 1997)

Nesse mesmo período instala-se o consentimento presumido, no qual o cidadão contrário à doação necessitava registrar sua decisão em vida. Em virtude do não respaldo na sociedade brasileira, em 2001, através da lei no. 10.211 (anexo 4), voltou-se a utilizar o consentimento informado com a retirada da obrigatoriedade do registro da manifestação de vontade – "doador" ou "não doador" – das carteiras de identidade e de habilitação. A família volta a ser a responsável pela autorização à doação. (BRASIL, Lei 10.211, 2001)

Como visto, o Brasil dispõe de um sistema legal estruturado em matéria de transplantes, cuja sustentação é dada pela constituição da república, como corolário do princípio da dignidade da pessoa humana. (CHAVES, 1983)

Trata-se de uma normatização que requer constante atualização, pois deverá acompanhar as evoluções desses procedimentos e as também mutantes necessidades dos pacientes.

Caberá, portanto, ao poder público não apenas o dever de regular e fiscalizar a atividade de transplante de órgãos, com vistas a garantir a qualidade de vida dos pacientes, mas sobretudo, o de assegurar a constante formulação de políticas públicas que objetivem, concretamente, o desenvolvimento da atividade de transplantes do Brasil. (CHAVES, 1983)

1.4- ETAPAS DO PROCESSO DE DOAÇÃO

Para se iniciar o processo de doação de um órgão ou tecido é necessário identificar e qualificar o tipo de potencial doador. Os potenciais doadores podem ser classificados em doador cadáver e doador vivo. O doador vivo refere-se ao indivíduo saudável disposto a doar órgão ou tecido, como exemplo, o doador de rim. Já o doador cadáver pode ser subdividido em *doador com morte encefálica*, na qual ocorreu parada total e irreversível da atividade do tronco e hemisférios cerebrais; *doador com coração*

parado recente ou doador sem batimentos cardíacos, na qual é possível a retirada de alguns órgãos, em especial os rins *e doador em coração parado tardio*, na qual a parada cardíaca não recente (até 6 horas) que pode-se doar apenas tecidos, como exemplo, as córneas. (MATESANZ, 1999)

A identificação de potenciais doadores é o primeiro passo de todo o processo de doação e transplante e provavelmente aquele que traz maior impacto no número final de doadores de órgãos e tecidos, uma vez que o baixo número de notificações leva a uma limitada taxa de doadores. (ABTO, 2006)

No caso de identificação de um paciente com critérios clínicos de morte encefálica em um hospital, o mesmo deve ser notificado às CNCDOs. O diagnóstico de morte encefálica deve respeitar as orientações da resolução no 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina, independentemente da possibilidade de doação de órgãos. Após avaliação clínica e laboratorial desse paciente e não se identificando contra-indicações que representem riscos aos receptores, teremos um potencial doador. (HUNSICKER, 1998; ABTO)

Após a comunicação da família da morte do paciente, deve ocorrer a entrevista familiar realizada por profissional capacitado, a qual deverá buscar o consentimento à doação de órgãos e tecidos. Caso haja concordância familiar à doação, o profissional do processo entra em contato com a CNCDO informando os órgãos e tecidos doados, sua condição clínica-laboratorial e horário previsto para o início do procedimento de retirada. (BRASIL, SNT 2001)

A CNCDO promove a distribuição dos órgãos e tecidos doados e identifica as equipes correspondentes para a retirada. Antes de iniciada a retirada dos órgãos e tecidos, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida em situações de morte natural. Nos casos de morte por causa externa, obrigatória e independentemente da doação, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal, onde será autopsiado e de onde será emitido o Atestado de Óbito. (BRASIL, SNT 2001)

Muitos países têm desenvolvido distintos sistemas de procura de órgãos, que procuram respeitar a cultura e os valores da população. Para isto, incorporam várias combinações de legislação, sistemas organizacionais de transplantes e políticas de saúde. (CLARCK, 2003)

Atualmente, os critérios de aceitação dos doadores de órgãos e tecidos têm sido cada vez mais ampliados devido a sua escassez, sendo aceitos doadores considerados como “limítrofes”. As poucas contra-indicações absolutas atuais para doação são:

- tumores malignos, com exceção dos carcinomas basocelulares

da pele, carcinoma *in situ* do colo uterino e tumores primitivos

do sistema nervoso central ;

- sorologia positiva para HIV ou para HTLV I e II;

- sepse ativa e não controlada; e

- ▶ tuberculose em atividade.

Essas contra-indicações absolutas são de responsabilidade do coordenador hospitalar ou da OPO (em São Paulo) ou CNCDO, enquanto a decisão sobre a utilização de determinado órgão ou tecido pertence à equipe de transplante. (ABTO, 2006)

As contra-indicações consideradas absolutas para a captação de tecidos (córneas) são:

- ▶ Infecções sistêmicas;
- ▶ Lesões de pele com características que sugiram de doenças sexualmente transmissíveis;
- ▶ Tatuagens, sinais de uso de adereços corporais e/ou maquilagem definitiva, cuja data de execução ou retoque não possam ser determinados, ou que ocorreram num prazo inferior a 12 meses.
- ▶ Cicatrizes traumáticas ou cirúrgicas de origem desconhecida anteriores à retirada.
- ▶ Lesões e secreções sugestivas de doenças sexualmente transmissíveis na genitália ou região perianal.
- ▶ Lesões puntiformes causadas por agulhas sugestivas ao uso de produtos químicos ilícitos.

- ▶ Icterícia, hepatomegalia, linfadenopatia difusa.
- ▶ Lesões cutâneas violáceas sugestivas de sarcoma de Kaposi.
- ▶ Transfusão de sangue ou hemocomponentes para tecidos musculoesqueléticos e pele, e amnion.

E as relativas são:

- ▶ no caso da córnea: opacidade ou perda de transparência corneana por má oclusão.

As córneas possuem um privilégio que é a possibilidade de serem retiradas até 12 horas em temperatura de 21° ou até 24 horas se conservadas em temperatura de 4°.

Como visto, o processo doação-transplante é um processo complexo, que não pode ter uma evolução livre, mas que deve ser cuidadosamente protocolizado e supervisionado, para evitar qualquer improvisação ou deslize. E esse processo deve ser conduzido por profissionais qualificados, os coordenadores de transplante, especificamente treinados para atuar de forma competente em todas as suas etapas.

1.5- REMOÇÃO OCULAR

O tecido ocular pode ser retirado através da extração do globo ocular como um todo ou remoção apenas do botão corneano. O primeiro processo tem a vantagem de poder aproveitar o tecido escleral, já o segundo, a vantagem de permitir a imersão imediata da córnea em meio de preservação. (SNT, 2001; APABO, 2008)

O processo de retirada se inicia com a irrigação do globo com iodo povidona e enxágüe com solução fisiológica, colocação de blefarostato e prossegue com a incisão da conjuntiva em 360°. ao redor do limbo, identificação dos seis músculos extra-oculares e secção dos mesmos. Introduz-se, retro-ocular, colher de suporte e após leve tração do globo ocular é cortado o nervo ótico. (SNT, 2001; ORIENTAÇÕES DO BANCO DE OLHOS UNICAMP, 2003)

O globo ocular é colocado em recipiente, suportado por gazes úmidas em soro fisiológico (câmara úmida) de maneira a assegurar que a córnea não entre em contato com as paredes do mesmo. Este recipiente é colocado em caixa térmica para o transporte até o banco de tecidos. A cavidade orbitária do doador é preenchida com bola de vidro ou gazes e as pálpebras suturadas.

1.6- BANCO DE OLHOS

O primeiro Banco de Olhos foi criado em 1944 em Nova York (Eye Bank for Sight Restoration) com a finalidade de facilitar o processo doação-transplante. (GARCIA, 2000b; ABTO, 2006) Os primeiros tempos da nova instituição não foram fáceis e parte das córneas de seu acervo era proveniente de prisioneiros executados pela justiça americana. Logo, entretanto, os bancos de olhos passaram a fazer parte do sistema de saúde de várias nações. (APABO, 2008)

A função primordial de um banco de olhos é a de promover a doação, captação, conservação e distribuição do tecido corneano. Ele deve atuar de forma ininterrupta na informação e na promoção das doações, usando meios de comunicação, escolas, hospitais, grupos religiosos e outras entidades comunitárias. Nos últimos anos foram estabelecidas, no Brasil, normas de funcionamento para esses Bancos. (ABTO, 2006; APABO, 2008) No ano 2000 eram realizadas em média 2500 transplantes de córnea no Brasil, sendo 1220, em São Paulo. E existiam 60 equipes em atividade para realizar transplantes de córnea (Fig. figura 1). (RBT, 2000)

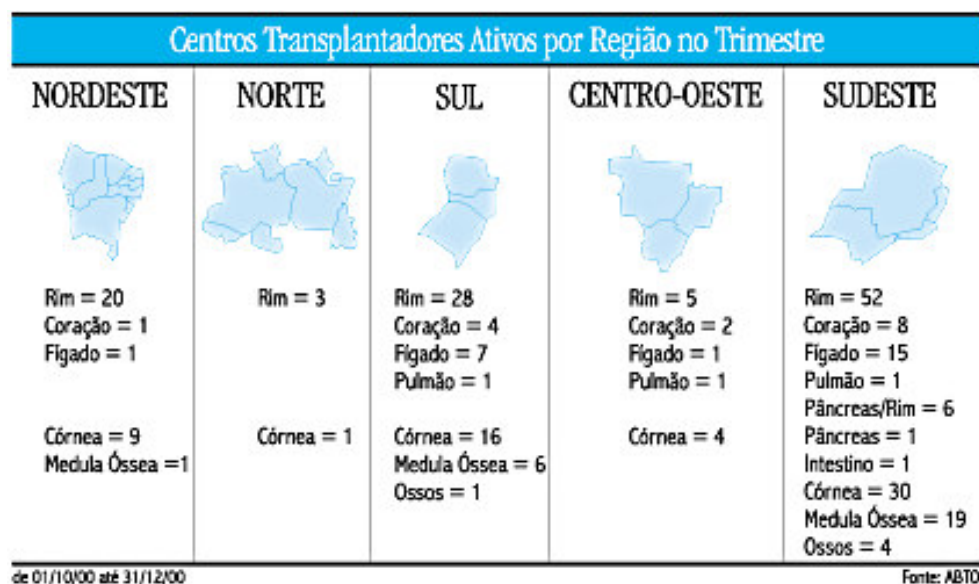


Figura 1 – Centros transplantadores ativos por região no 4º trimestre de 2000.

Fonte: ABTO

Em virtude da grande lista de espera por uma córnea, o Ministério da Saúde instituiu em setembro de 2001, o Programa Nacional de Implantação de Bancos de Olhos, com a finalidade de gerar as condições necessárias para a implantação de mais trinta Bancos de Olhos distribuídos em todo País. (RBT, 20001)

Em 2001, a intenção era ampliar a captação de córneas para fins de transplante, encurtar o tempo de espera em fila e aumentar significativamente (multiplicar por quatro nos próximos três anos) o número de transplantes de córnea realizados no Brasil, já que na época existiam mais de 16000 pacientes em fila de espera. Cada Banco de Olhos integrante do Programa, para receber os recursos, deveria firmar um compromisso de captar, pelo menos, 30 córneas por mês. (ABTO, 2006; SNT, 2006)

O número de transplantes de córnea realizados vem crescendo a cada ano (tabela 1), mas ainda de forma insuficiente. O número de indicações de transplantes cresce de forma exponencial. Em 2007, no Brasil, existiam na fila de espera cerca de 26.000 pessoas, em São Paulo são 2.549.(RBT, 2007)

Ano	2000*	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Transplantes de córneas realizados	1245	2484	2708	3184	3402	4645	5302

Tabela 1 – Distribuição do número de receptores transplantados, com doador cadáver, Estado de São Paulo, de 1997 a 2006

*** córnea a partir de maio de 2000**

FONTE: Registro Brasileiro de Transplante, RBV

Atualmente existem cerca de 374 equipes cadastradas para realizar transplantes de córnea e 217 equipes ativas com mais de 13.000 transplantes realizados por ano. Mostrando que o crescimento do número de centros de transplante proporcionou um aumento do número de doadores no Brasil, embora ainda insuficiente para conter a demanda. (RBT, 2009)



OBJETIVOS

2- OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos principais:

1. Identificar o perfil do familiar que autorizou a doação de córneas;
2. Identificar o perfil do familiar que recusou a doação de córneas;
3. Identificar o perfil do familiar que se considera disposto a ser um futuro doador de suas próprias córneas;
4. Identificar o perfil do familiar que não se considera disposto a ser um futuro doador de suas próprias córneas
5. Identificar as razões da aceitação e recusa à doação das córneas
6. Identificar razões para ser ou não futuro doador de córneas



REVISÃO DA LITERATURA

3- REVISÃO DA LITERATURA

Após o surgimento e o uso do microscópio cirúrgico coaxial, além das melhorias nas técnicas cirúrgicas e instrumentais, o transplante de córnea tornou-se uma boa opção terapêutica para muitas doenças corneanas. Os avanços nas técnicas relacionadas aos Bancos de Olhos, no processamento, na avaliação e conservação das córneas propiciaram um aumento no número de cirurgias e melhora nos resultados pós-operatórios, elevando o transplante de córnea à posição de líder em número de procedimentos entre os transplantes de órgãos e tecidos em geral. (BASU, 1989; FARGE, 1994; SATO E RODRIGUES, 2002)

Esses avanços ocorreram tanto nos transplantes de órgãos como no de tecidos, e, portanto, o número de indicações desses tipos de terapêutica vem aumentando a cada ano. Entretanto, o número de doadores não vem acompanhando esse crescimento. Na última década, o número de pessoas na fila de espera por um transplante aumentou em 70%. (BARCELLOS, 2005)

Estima-se que mais de 20% das pessoas que esperam por um transplante de fígado ou coração, falecem por ano na fila de espera (BARCELLOS, 2005) . Quando a espera é por uma córnea, muitos dos pacientes perdem a chance de reabilitar sua visão e muitas vezes tornam-se membros de uma população economicamente inativa.

No Brasil, apesar do número crescente de transplantes de córnea realizados a cada ano (ver figura 2), a fila de espera por uma córnea continua crescendo e o número de transplantes realizados chegou a diminuir entre 2006 e 2007. (ver figura 3) (RBT, 2007)

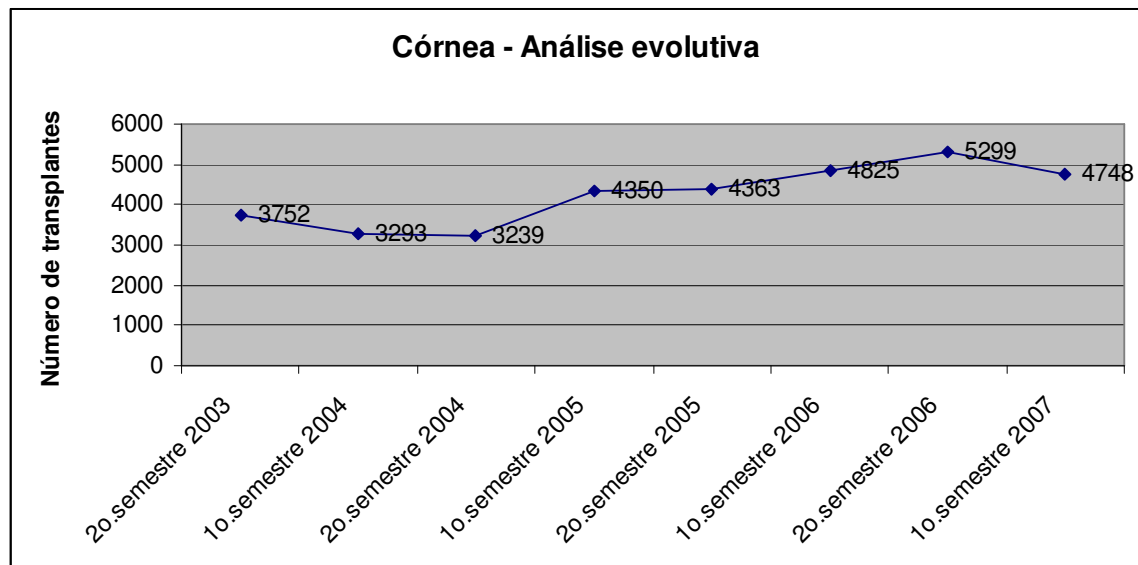


Figura 2 – Análise evolutiva do número de transplantes de córneas realizados no Brasil do 2º. Semestre de 2003 a 1º. Semestre de 2007. Fonte : ABTO.

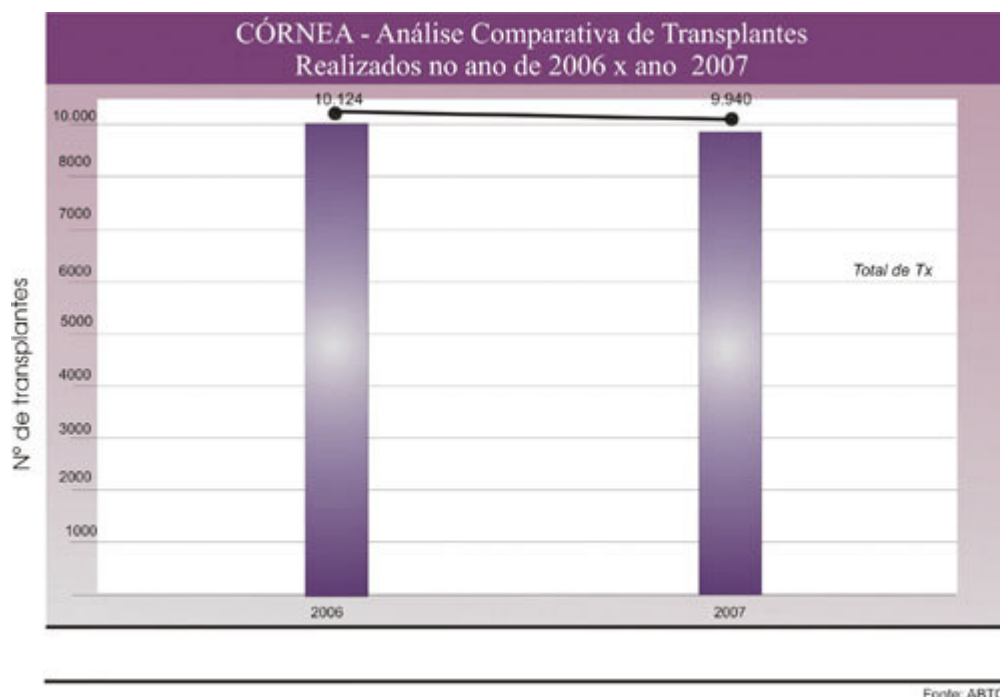


Figura 3 – Análise comparativa de transplantes de córneas realizados no Brasil nos anos de 2006 x 2007. Fonte: ABTO.

Um dos fatores que limitam a mudança desse quadro é o baixo percentual de famílias que consentem a doação. Portanto, a falta de doadores de córneas é a principal barreira para a reabilitação visual de milhares de necessitados em todo o mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. Só na Índia são cerca de 2,5 milhões de cegos por causas corneanas. (DUGGAL, 2003)

Dados da UNOS (United Network for Organ Sharing) e da OPTN (Organ Procurement and Transplantation Network) referem que a cada 16 minutos uma nova pessoa é adicionada à fila de espera por um transplante e a cada paciente que é transplantado, dois novos iniciam a espera por um transplante. (ROHANINEJAD, 2002)

Alguns países, praticamente não têm problemas na obtenção do tecido para enxerto, e chegam até a disponibilizá-los para outros países. Entre os países desenvolvidos, a Catalônia e a Espanha se destacam por apresentarem as maiores taxas de doadores de órgãos por milhão de habitantes (36 e 33 doadores pmp, respectivamente). (PONT, 2003)

No Brasil, o número de transplantes aumentou muito desde que o governo estabeleceu um plano de financiamento que supre as despesas com os procedimentos de transplantes de órgãos. Em 1999 foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação e todo o financiamento de transplantes foi incluído nele. Essa medida fez com que todos os procedimentos de transplante fossem pagos diretamente pelo Ministério da Saúde, o que desonerou os tetos financeiros dos estados e municípios, resultando no aumento de transplantes realizados. (BRASIL, SNT 2006)

Em 1999 eram realizados cerca de 3800 transplantes de tecidos no Brasil, hoje são mais de 26.500 realizados (2009). Mas o número de cirurgias realizadas é ainda pequeno em relação à demanda de pacientes à espera desse tipo de tratamento. No estado de São Paulo são cerca de 3000 pacientes à espera de um transplante de córnea e no Brasil são mais de 26 mil a espera de um órgão ou tecido. (ABTO, 1999 e 2009)

Acredita-se que características demográficas, socioeconômicas e culturais peculiar de cada população ou região possa interferir na intenção em ser ou não doador (PÉREZ, 1993; MARTINEZ, 2001). E poucos são os estudos que relacionam o perfil e características do familiar que autorizou ou não a doação dos órgãos ou tecidos do seu parente.

Acredita-se que indivíduos com nível educacional mais elevado e jovens, frequentemente manifestam mais intenção em doar que aqueles, mais idosos e com menor nível educacional. (BARCELLOS, 2005; MCNAMARA, 1999; ROELKS, 1997; FRUTOS, 2002) Em estudo realizado na Espanha, foi encontrado um grupo de pessoas da área rural com atitude resistente em relação à doação de órgãos e tecidos que foi associado significativamente ao baixo nível educacional, ausência de experiência prévia com a doação, ausência de participação em atividades voluntárias/comunitárias e aversão a idéia de manipulação do corpo do cadáver. (CONESA, 2006)

A educação da população a respeito do processo envolvido na doação de córneas e órgãos em geral é um dos pontos de fundamental importância para melhoria na aceitação à doação. Estudos mostram que a maioria das pessoas não possuem informação suficiente para tomar decisões sobre a doação dos órgãos ou tecidos de seus familiares falecidos, aumentando assim, o número de recusas à doação.(FRUTOS, 2005; FRUTOS, 2001; MARTINEZ, 2001)

Portanto, o nível de informação do público sobre doação e transplantes influencia diretamente na sua atitude em relação essa opção terapêutica. Logicamente, se a percepção pública sobre transplantes de órgãos é boa, sua predisposição a doação tenderá a ser mais positiva, e vice versa. (MARTINEZ, 2001)

Quando o desejo em doar órgãos ou tecidos é comunicado previamente à família, os familiares tornam-se mais inclinados em permitir a doação. (GUADAGNOLI, 1999) No Brasil e nos países onde o consentimento à doação é de responsabilidade da família, a

comunicação do desejo em ser doador aos parentes é importante para a facilitação da doação.(BOULWARE, 2002; MANNINEN, 1985)

Gortmaker (1998) identificaram 3 fases no processo de doação de onde os potenciais doadores são perdidos: a) a não identificação dos potenciais doadores; b) falha na solicitação da doação; e C) recusa familiar para consentir a doação. Acredita-se que a recusa familiar seja a principal causa para a escassez de doações. (GORTMAKER, 1998)

No Brasil, a recusa familiar representa cerca de 35 a 40% dos motivos para não permissão a doação, seguido por contra-indicações médicas(45%) e outras causas menores (15%) como a falha na identificação, notificação e manutenção dos potenciais doadores.(RBT, 2007) Essa recusa também é considerado um entrave em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, Reino Unido e Alemanha, mas com percentual de recusa bem inferior (aproximadamente 20%). (BREDEHOM, 2002; GORTMAKER, 1998)

A escassez de tecidos ainda existe. Indiscutivelmente, a doação de tecidos é insuficientemente organizada e muitos potenciais doadores são perdidos por não serem identificados ou abordados.(BREDEHOM, 2002) Na Espanha, as taxas de doação de órgãos e recusa familiar estão bem documentados, mas estudos relacionados a tecidos ainda são escassos.(MARMISA, 2002) Quando se compara as taxas de recusa á doação de órgãos em relação a de tecidos, observa-se uma rejeição maior a esta última. Acredita-se que as causas possam ser devido a falta de conhecimento sobre doação de tecidos ou má informação em relação aos benefícios que a doação de partes do corpo podem proporcionar e melhorar a qualidade de vida daqueles que recebem.(PONT, 2003)

Portanto, conhecer o perfil do familiar responsável pela autorização ou não à doação pode ser o primeiro passo para um melhor entendimento da recusa familiar e assim, planejar medidas mais efetivas para aumentar a doação de córneas, o que seria útil frente ao número reduzido de doações em nosso país, fornecendo subsídios aos gestores de saúde para melhoria do quadro atual.



MATERIAL E MÉTODO

4- MATERIAL E MÉTODO

4.1 – Tipo de Pesquisa e local do Estudo

O desenho adotado nesta pesquisa foi um estudo transversal do tipo analítico e descritivo, realizado através de questionário (Anexo 5), no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP) no período de dezembro de 2005 a dezembro de 2006.

4.2 – População e período de estudo

A população alvo do estudo constituiu-se de familiares responsáveis pela autorização ou recusa à doação de córneas de seus parentes falecidos no HC-UNICAMP.

O período de recrutamento estendeu-se de Dezembro de 2005 a Dezembro de 2006. Foram entrevistados 193 familiares, na qual 184 aceitaram participar da pesquisa. Um questionário piloto foi aplicado um mês antes do período de recrutamento.

4.3 Amostra populacional e logística da pesquisa

A amostra populacional desse estudo foi calculada baseado em teste estatístico para estudo descritivo e variável qualitativa com finalidade de compensar erros amostrais e aspectos relevantes para representatividade e significância da amostra. (HULLEY, 1988)

Neste tipo de teste consideramos 3 variáveis denominadas p , d e α . Onde o “ p ” era a proporção de indivíduos com a característica de interesse na população; o “ d ” era a diferença desejada entre a proporção amostral e a proporção populacional (erro amostral) e o “ α ”, o nível de significância, ou seja, a probabilidade de rejeitar a H_0 (hipótese nula), quando a hipótese nula é verdadeira.

O valor “ p ”, ou seja, a proporção de indivíduos que autorizavam à doação de córneas no HC-Unicamp, foi adquirido baseado no percentual de familiares que autorizaram a doação no estudo piloto que foi de 87%. O erro amostral considerado foi de 5% neste estudo. E o tamanho populacional alvo foi adquirido baseado na informação da estatística do HC-Unicamp que informou que em média faleciam 1800 pessoas por ano no HC-Unicamp. Baseado nessas informações chegou-se ao tamanho amostral mínimo de 169 pessoas.

Os dados foram coletados no período entre a comunicação do falecimento do paciente até a liberação do corpo, após a abordagem pela equipe de transplantes. O

Serviço Social da instituição localizava a família do falecido e o entrevistador da pesquisa abordava e aplicava o questionário padronizado.

A rotina de abordagem do familiar responsável pela provável doação de córneas não foi alterada durante a realização da pesquisa. O entrevistador só pedia autorização ao familiar para realizar a pesquisa após a abordagem inicial de autorização ou não à doação ter sido concluída. Portanto, a entrevista não influenciou a decisão em doar.

4.4 Fatores de inclusão na pesquisa

- O entrevistado ser o familiar responsável pela autorização ou não à doação de córneas do seu parente falecido
- Familiar aceitar participar da pesquisa

4.5 Fatores de exclusão na pesquisa

- O entrevistado não ser o familiar responsável pela autorização ou não à doação de córneas do seu parente falecido
- Família não ser localizada no prazo entre a comunicação do falecimento do paciente até a liberação do corpo
- Familiar recusar participar da pesquisa

4.6 – Técnicas e instrumento da pesquisa

A pesquisa foi realizada através de um questionário (instrumento) que foi padronizado, codificado e testado em estudo piloto com 35 familiares (que não participaram da estatística da pesquisa) com finalidade de adequação linguística do questionário com a população envolvida no estudo. Este instrumento foi avaliado e corrigido por especialista em metodologia de questionário. *

Os questionários foram aplicados no formato face a face (pesquisador – entrevistado). Esse método de pesquisa permitiu ao pesquisador fazer questionamentos verbais ao entrevistado, utilizando perguntas dissertativas (abertas), dicotômicas ou de múltipla escolha.

Os dados foram coletados por um técnico de Banco de Olhos do HC-UNICAMP, treinado durante o estudo piloto, que abordou e convidou os familiares responsáveis pelo parente falecido a participarem da pesquisa.

* Dra. Edméia Temporini

4.7 – Variáveis de Estudo

As variáveis do estudo foram:

4.7.1 - Características sócio-demográficas:

1. Idade – em anos completos no dia do preenchimento do questionário, utilizando-se médias, medianas, desvio-padrão e distribuição por faixa etária após coleta.
2. Gênero(sexo) – categorizado em feminino e masculino
3. Escolaridade – corresponde ao nível de formação, categorizada em ensino fundamental (composto pelos indivíduos de nível fundamental completo ou incompleto), médio (composto pelos indivíduos de nível médio completo ou incompleto) e superior (composto pelos indivíduos de nível superior completo ou incompleto).
4. Estado civil – informações referentes aos arranjos conjugais legais, às dissoluções destes casamentos, bem como às uniões consensuais e indivíduos solteiros. Foram categorizadas em: solteiros, união estável (casados), viúvos e separados (ou divorciados).
5. Religião e prática religiosa – devido a grande variedade de religiões e seitas religiosas no Brasil, o tipo de religião foi auto-referida e agrupada da seguinte forma: católicos, protestantes (incluindo os evangélicos, protestantes, Batista,

assembléia de Deus, Testemunha de Jeová, entre outras) e os ateus (afirmavam não acreditar em Deus e, portanto, não ter religião).

B- Para analisar o perfil de quem doa córneas de seus parentes falecidos foram estudados aspectos relacionados ao processo de doação, que incluíram as seguintes variáveis:

- 1- Atividade voluntária em alguma instituição: categorizada por afirmativa ou negativa, demonstrando se já trabalhou ou trabalha em alguma instituição como voluntário (sem ganhar pelo que faz)
- 2- Auto-avaliação do nível de conhecimento a respeito de doação de córneas: o entrevistado pôde quantificar seu nível de conhecimento em: muito, mais ou menos, pouco ou nenhum conhecimento a respeito de doação de córneas.
- 3- Quais desses meios (TV, rádio, revistas, jornais, conversa com parente ou amigos, profissionais da área da saúde ou instituições educacionais como a escola) o entrevistado obteve informação sobre doação de córneas: as variáveis foram categorizados em afirmação ou negação podendo ter obtido informação por mais de um item.
- 4- É transplantado, conhece alguém que doou órgãos de parentes, é doador de sangue: categorizado em afirmação (sim) ou negação (não).

- 5- Doaria seus próprios órgãos (considera-se doador de órgãos): categorizado em afirmação (sim) ou negação (não).
- 6- Doaria suas córneas: categorizado em afirmação (sim) ou negação (não).
- 7- Quais razões para ser doador de córneas: pergunta de múltiplas escolhas. Foram aceitas mais de um motivo. As alternativas de múltiplas escolha foram selecionadas baseadas nas respostas abertas obtidas no pré-teste
- 8- Quais as razões para não ser doador de córneas: pergunta de múltiplas escolhas. Foram aceitas mais de um motivo. As alternativas de múltiplas escolha foram selecionadas baseadas nas respostas abertas obtidas no pré-teste
- 9- Sua religião é a favor ou contra a doação: categorizada em a favor, contra ou não sei informar
- 10- Sua religião influencia em sua opinião em ser ou não doador de córneas? categorizada em sim ou não.
- 11- Autorizou a doação das córneas do seu parente: categorizada em sim ou não.
- 12- Por que consentiu a doação: pergunta de múltiplas escolhas. Foram aceitas mais de um motivo. As alternativas de múltiplas escolha foram selecionadas baseadas nas respostas abertas obtidas no pré-teste
- 13- Por que não consentiu a doação: pergunta de múltiplas escolhas. Foram aceitas mais de um motivo. As alternativas de múltiplas escolha foram selecionadas baseadas nas respostas abertas obtidas no pré-teste

4.8 – Aspectos Éticos

Em consonância às determinações da resolução 196/96, o projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e aprovado sob protocolo de parecer No. 601/2005 (Anexo 6).

Todos os familiares que concordaram em participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 7).



RESULTADOS

5- RESULTADOS

As análises descritivas e comparativas dos dados quantitativos e qualitativos coletados são apresentados abaixo:

5.1 – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

ANÁLISE DESCRITIVA GERAL

5.1.1 – Percentual dos familiares que aceitaram participar da pesquisa

De um total de 193 entrevistados, 184 (95%) aceitaram participar da pesquisa.
(Fig.4)

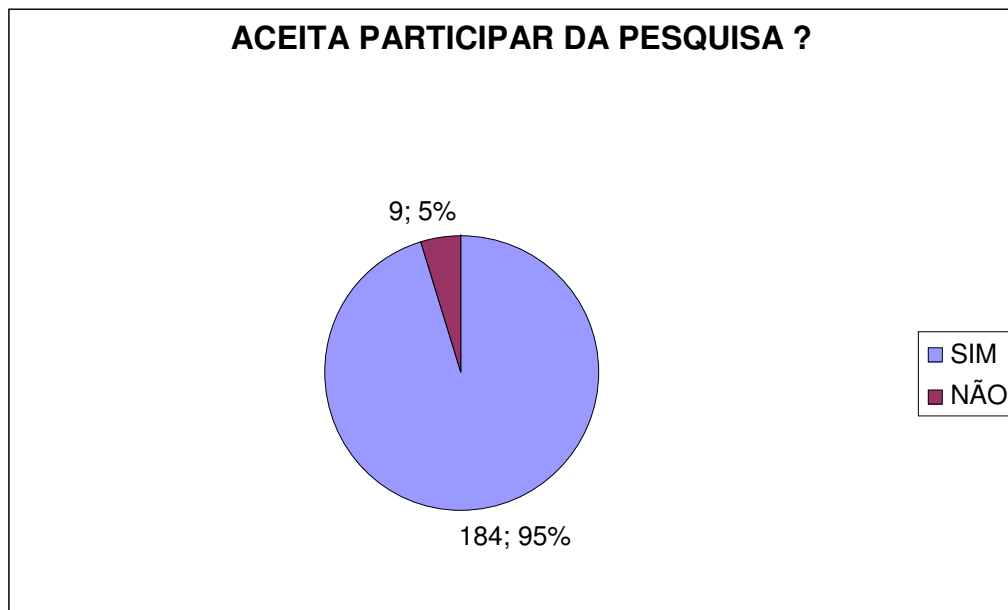


Fig.4 – Distribuição dos familiares dos pacientes falecidos que aceitaram participar da pesquisa. Campinas – SP, 2006.

5.1.2 – Idade Média

A idade média dos familiares participantes da pesquisa foi de 40,87 anos, com mediana de 41 e desvio padrão de 11,10. O familiar entrevistado mais jovem tinha 21 anos e o mais idoso 75 anos.

Cerca de 20% (37) da população envolvida tinha entre 21-30 anos; 27% (49) entre 31-40 anos; 32% (59) entre 41-50 anos; 18% (33) entre 51-60 anos e 3% (6) entre 61 -75 anos. (Fig.5)

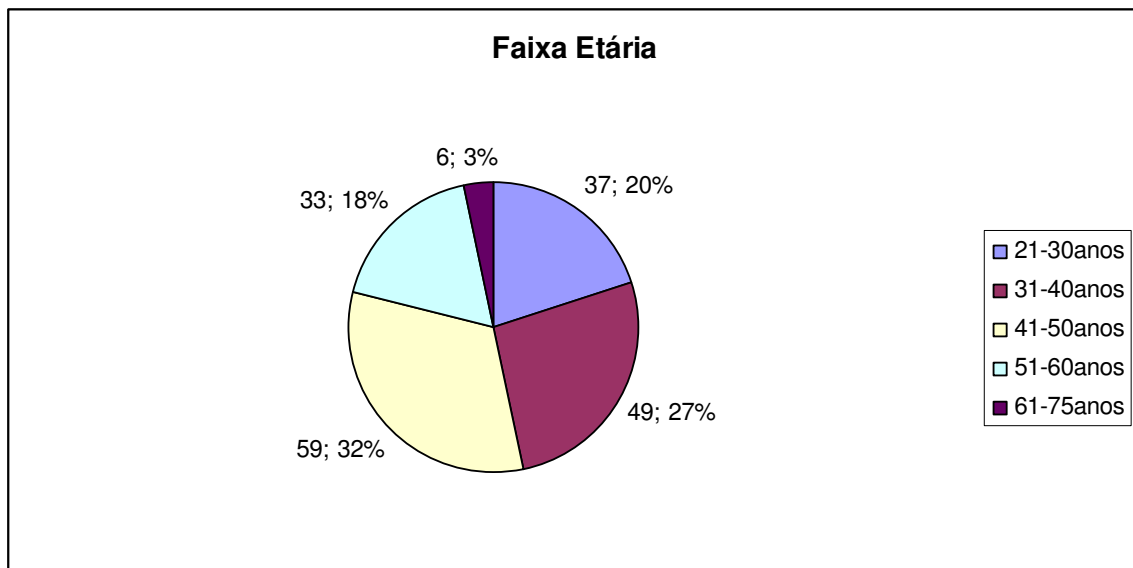


Fig.5 – Distribuição dos familiares dos pacientes falecidos segundo a faixa etária de idade. Campinas – SP, 2006.

5.1.3 - Sexo

O sexo prevalente na pesquisa foi o masculino, correspondendo a 61% (112). O sexo feminino compôs 39% (72) dos entrevistados. (Fig.6)

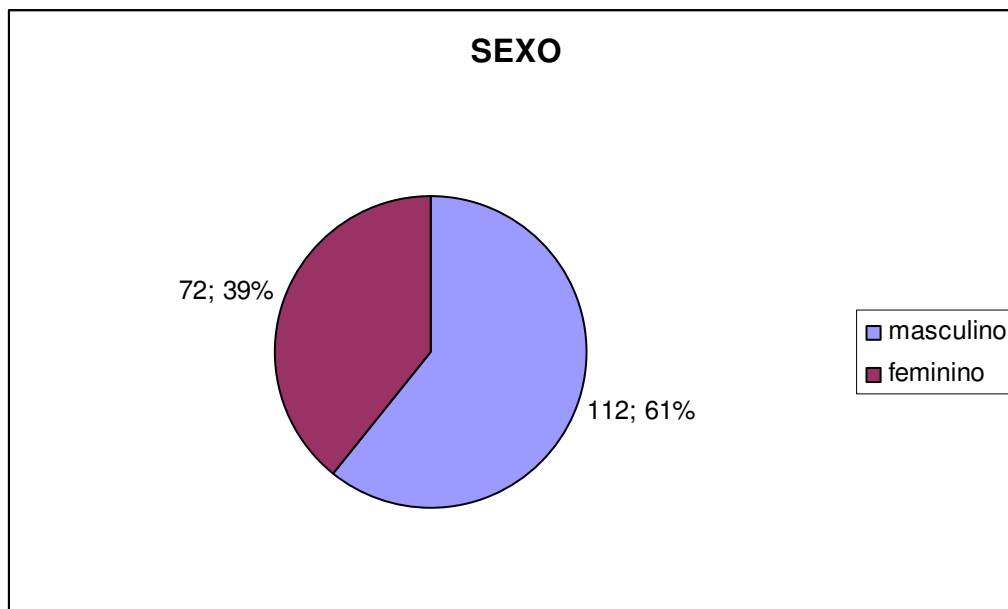


Fig.6 – Distribuição dos familiares dos pacientes falecidos segundo o sexo. Campinas – SP, 2006.

5.1.4 – Estado Civil

A maioria dos entrevistados eram casados (114, 62%), seguidos pelos solteiros (41, 22%), separados ou divorciados (20, 11%) e viúvos (9, 5%). (fig.7)

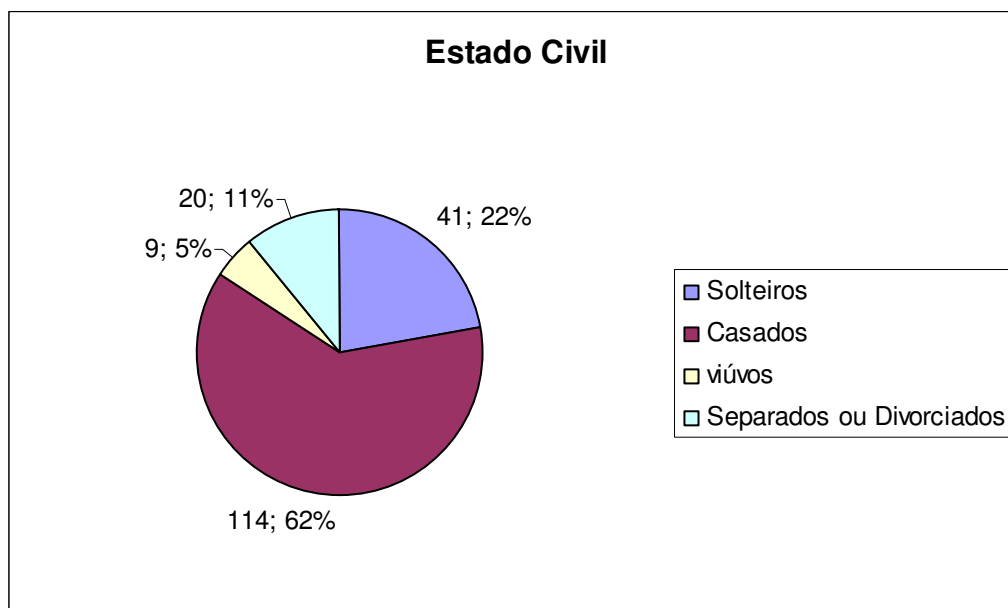


Fig.7 – Distribuição dos familiares entrevistados, de acordo com o estado civil.
Campinas – SP, 2006.

5.1.5 – Nível de Escolaridade

O nível de escolaridade encontrado foi: nível fundamental (incompleto ou completo) composto por 36% (66) dos entrevistados; o Médio (incompleto ou completo) por 33% (61) e o Superior (incompleto ou completo) por 31% (57). (ver fig.8) Foi identificado que cerca de 5% (9) dos entrevistados tinham estudado apenas até a 3ª. série do nível fundamental (semi-alfabetizados).

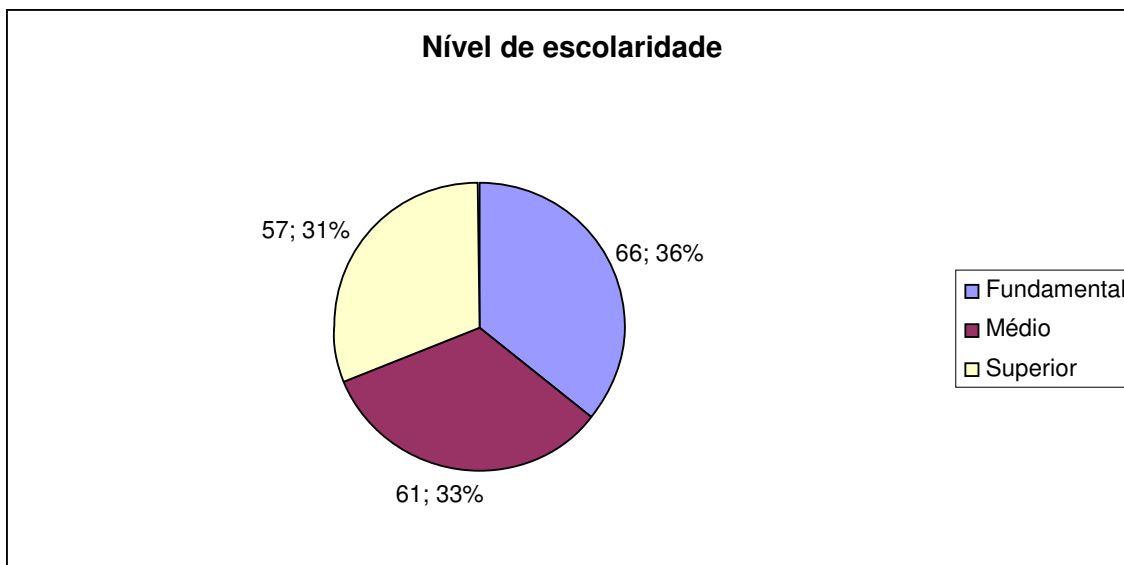


Fig.8 – Distribuição dos familiares entrevistados, de acordo com o grau de escolaridade.
Campinas – SP, 2006.

5.1.6 – Trabalho Voluntário

Cerca de 46% (84) dos entrevistados já haviam trabalhado ou trabalhavam como voluntários em instituições sociais, enquanto cerca de 54% (100) nunca tinham trabalhado com voluntários.(Fig.9)

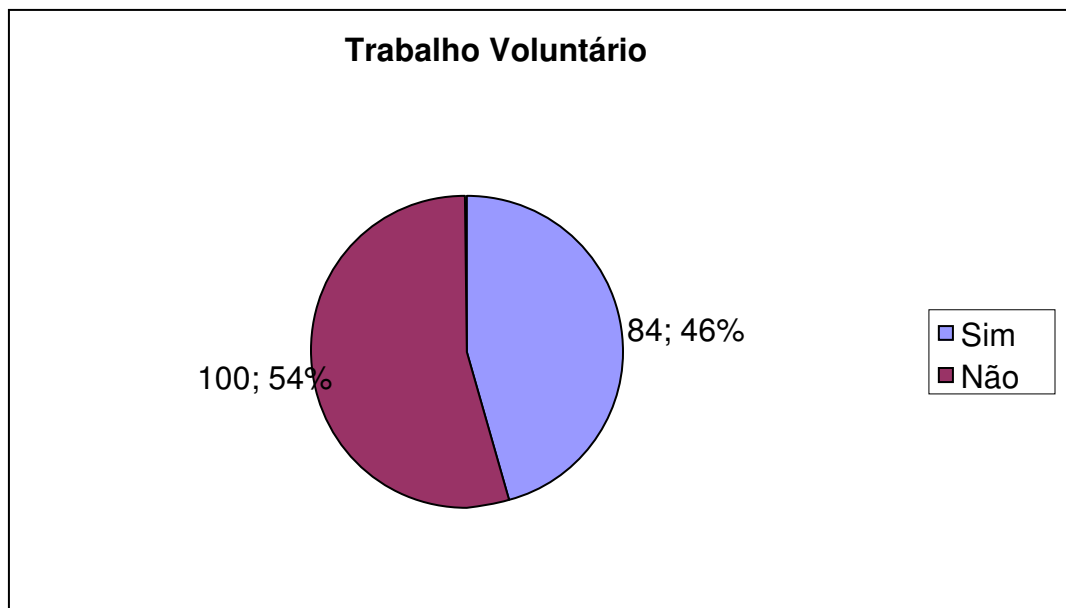


Fig.9 – Percentual dos familiares entrevistados que trabalham ou trabalharam em alguma instituição como voluntários. Campinas – SP, 2006.

5.1.7 – Grau de conhecimento a respeito de doação de córneas

A grande maioria (89%) dos entrevistados acreditavam possuir algum conhecimento sobre o assunto doação de córneas. Cerca de 13% (24) dos entrevistados consideravam ter muito conhecimento sobre doação de córneas, 43% (79) conhecimento intermediário, 33%(60) pouco conhecimento e 11% (21) nenhum conhecimento sobre o assunto.(Fig.10)

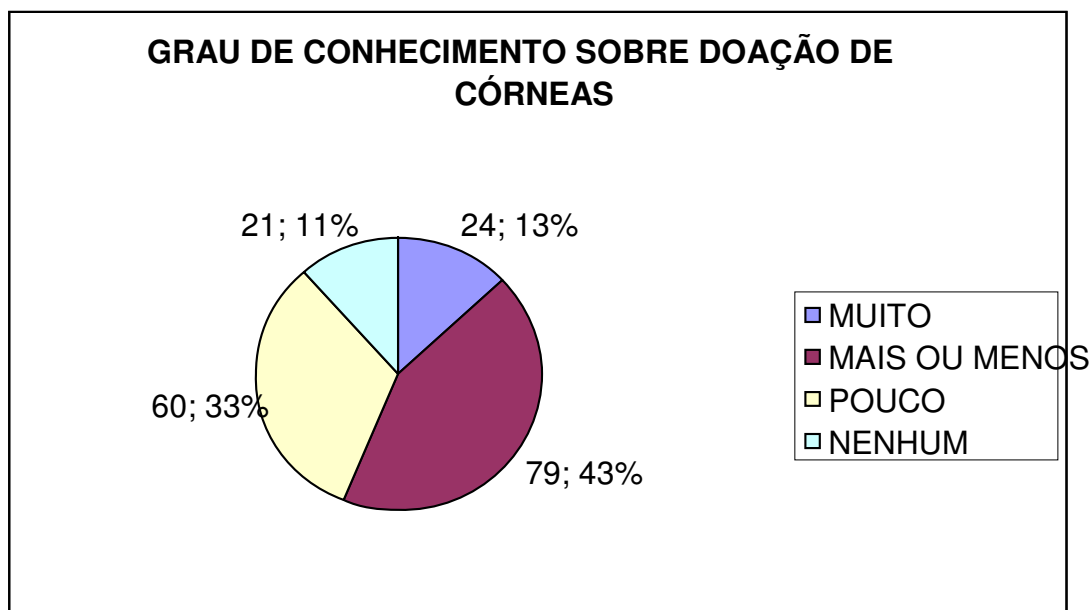


Fig.10 – Distribuição dos familiares entrevistados quanto ao grau de conhecimento sobre o assunto “doação de córneas”. Campinas – SP, 2006.

5.1.8 – Fontes de Obtenção de informação sobre doação de córneas

A Televisão (142, 77%) foi a fonte mais citada de obtenção de informação sobre doação de córneas, seguido pelas revistas (102, 55%), jornais (34, 18%) e rádio (32, 17%). (Fig. 11 a 14)

Vinte e cinco por cento (46) dos entrevistados disseram que já tinham obtido informação com profissionais da área da saúde, 23% (42) com parentes ou amigos e 6 % (11) através de instituições de ensino como escolas ou faculdades. (Fig. 15 a 17)

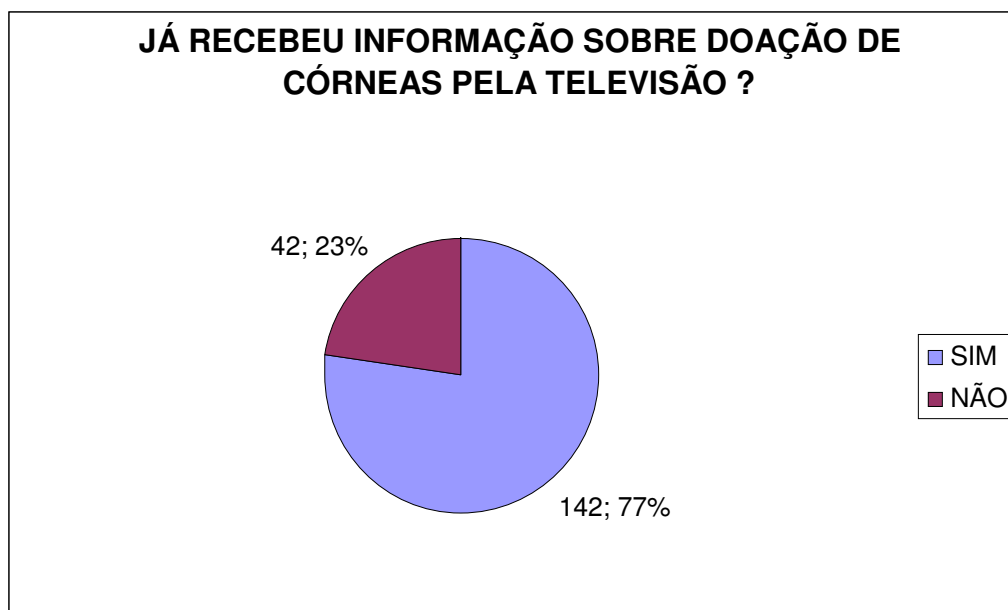


Fig.11 – Televisão : Fonte de Obtenção de informação sobre doação de córneas.
Campinas – SP, 2006.

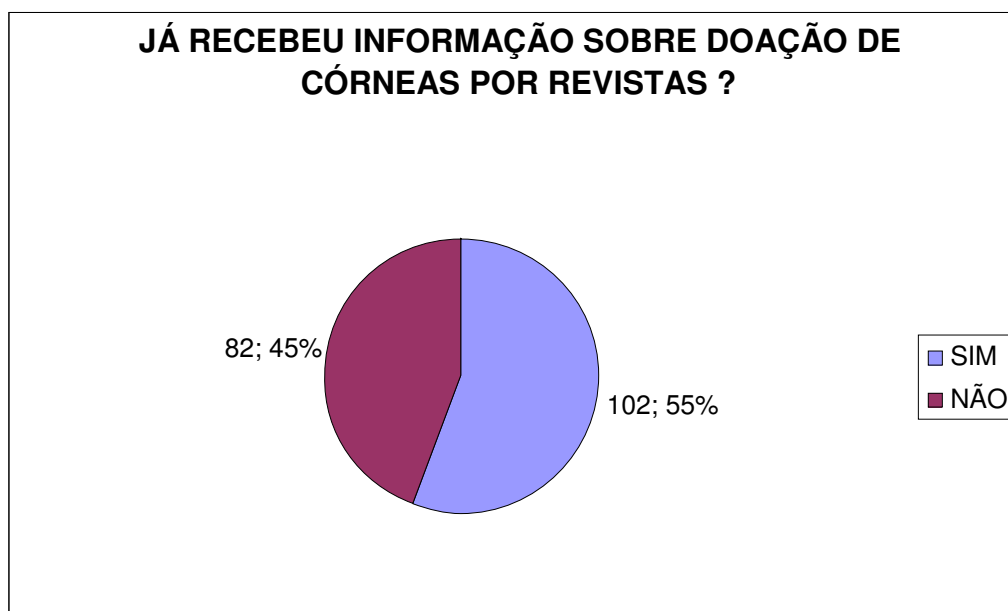


Fig.12 – Revistas: Fonte de Obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas
– SP, 2006.

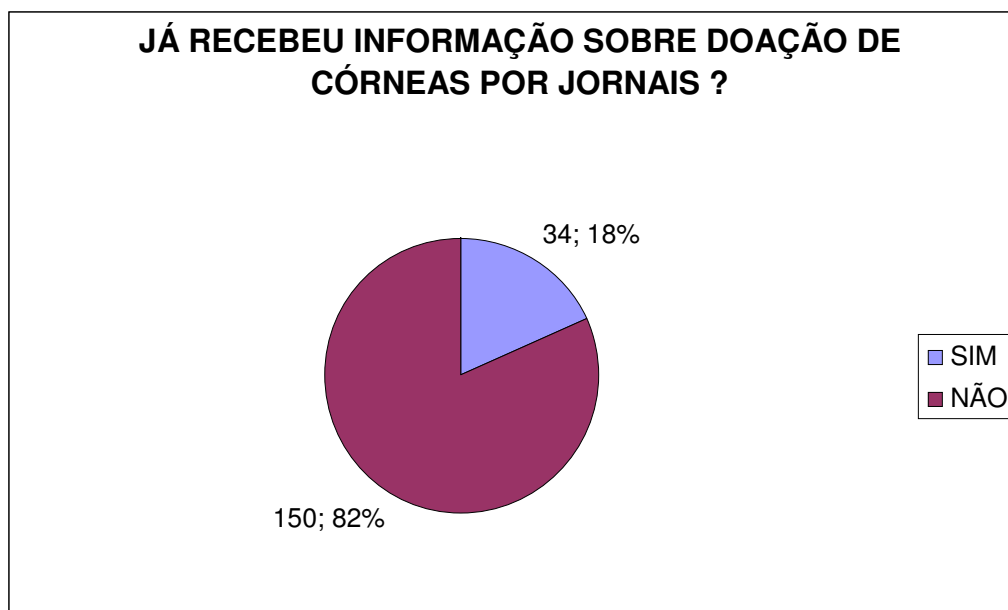


Fig.13 – Jornal : Fonte de Obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006.

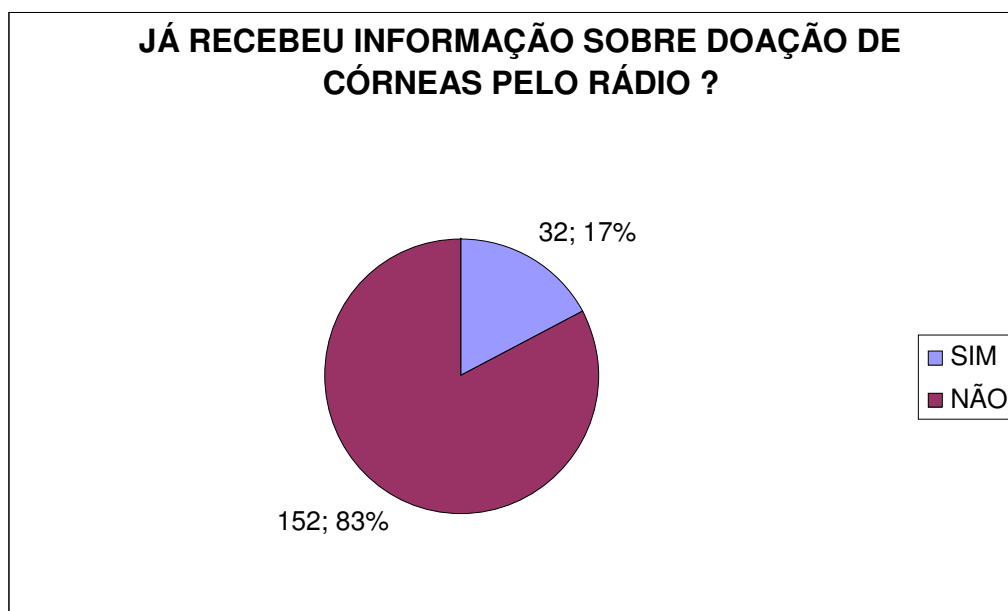


Fig.14 – Rádio: Fonte de Obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006.

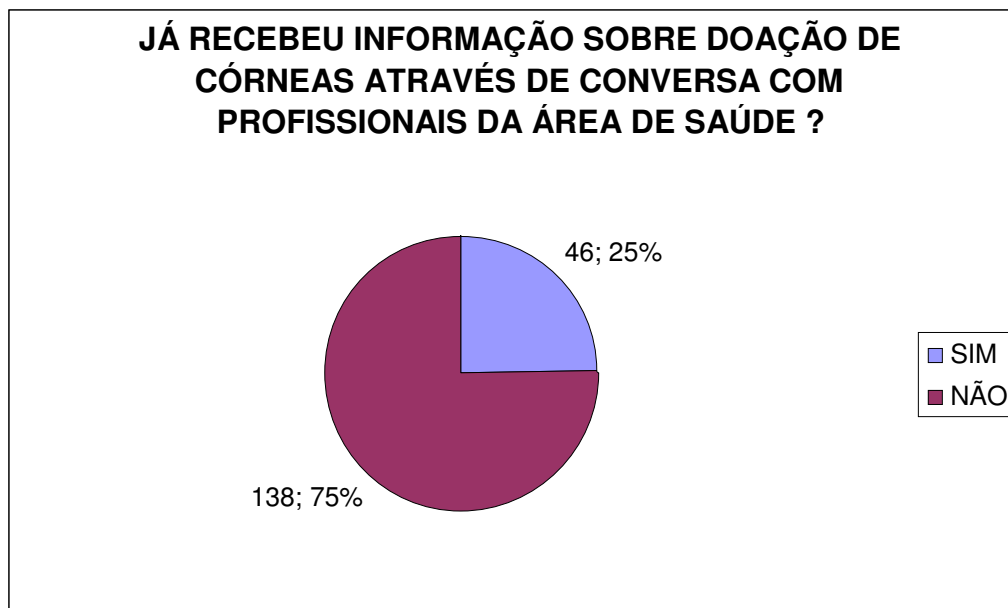


Fig.15 – Conversa com profissionais da saúde: Fonte de Obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006.

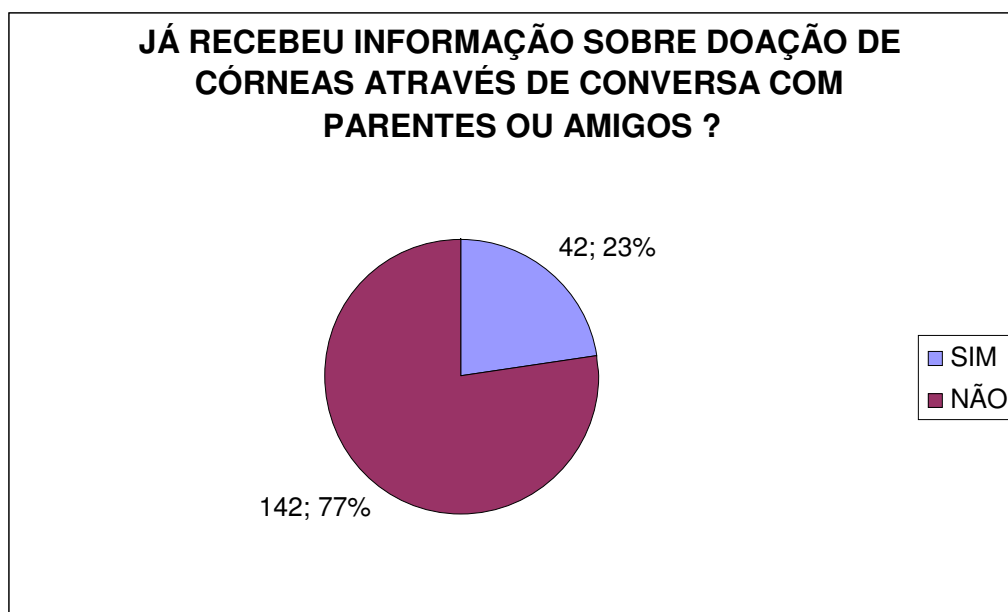


Fig.16 – Conversa com parentes ou amigos: Fonte de Obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006.

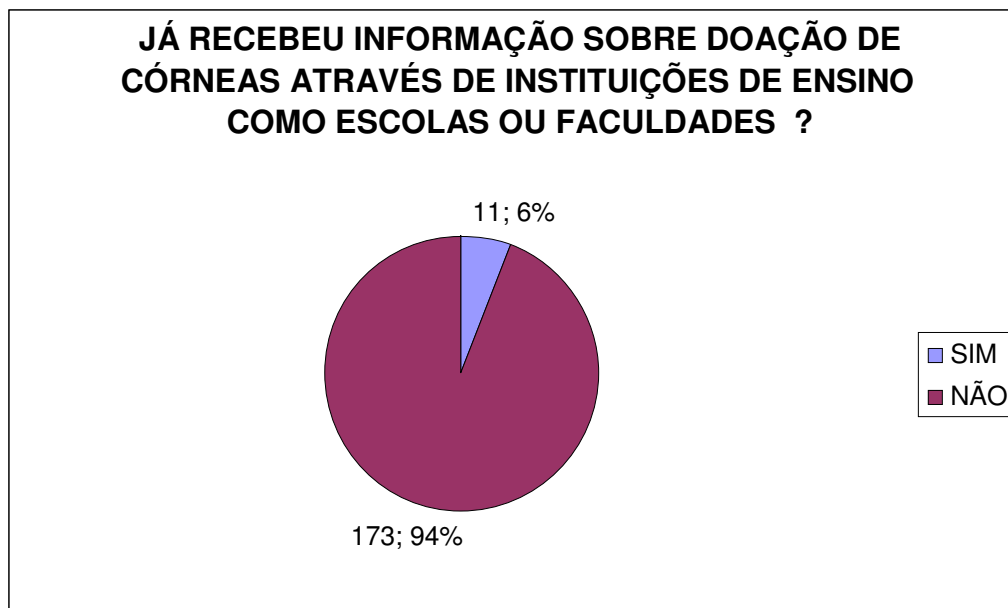


Fig.17 – Instituições de ensino: Fonte de Obtenção de informação sobre doação de córneas. Campinas – SP, 2006.

5.1.9 – O entrevistado é transplantado, conhece alguém transplantado, conhece alguém que doou órgãos, é doador de sangue?

Dos entrevistados, 4% (8) eram transplantados, 11% (20) conheciam alguém transplantado, 9% (17) conheciam alguém que tinha doado órgãos de seus parentes e 33% (61) eram doadores de sangue. (Fig.18 a 21)

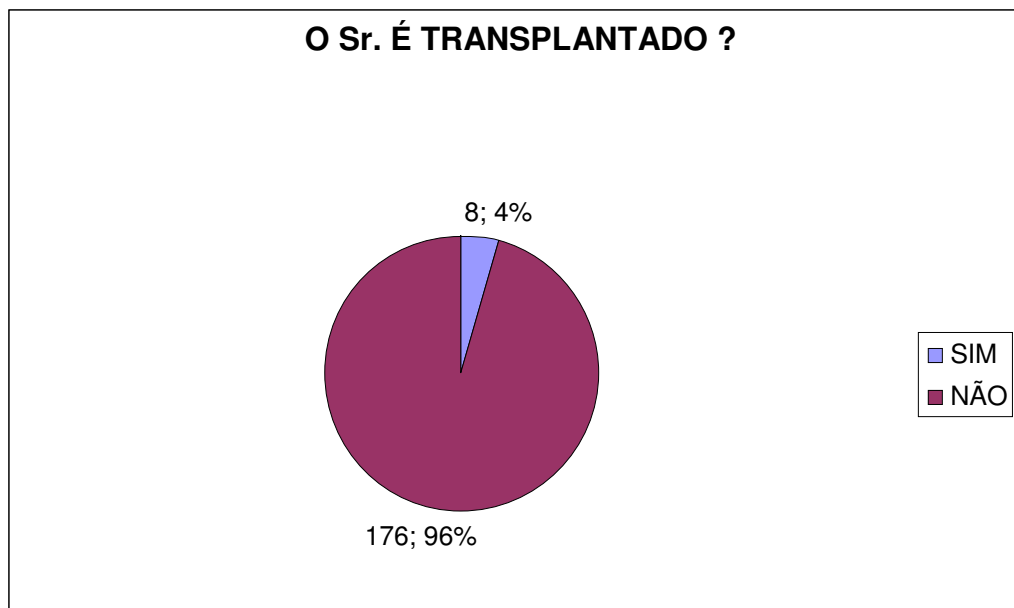


Fig.18 – Percentual dos entrevistados que eram transplantados. Campinas - SP, 2006.

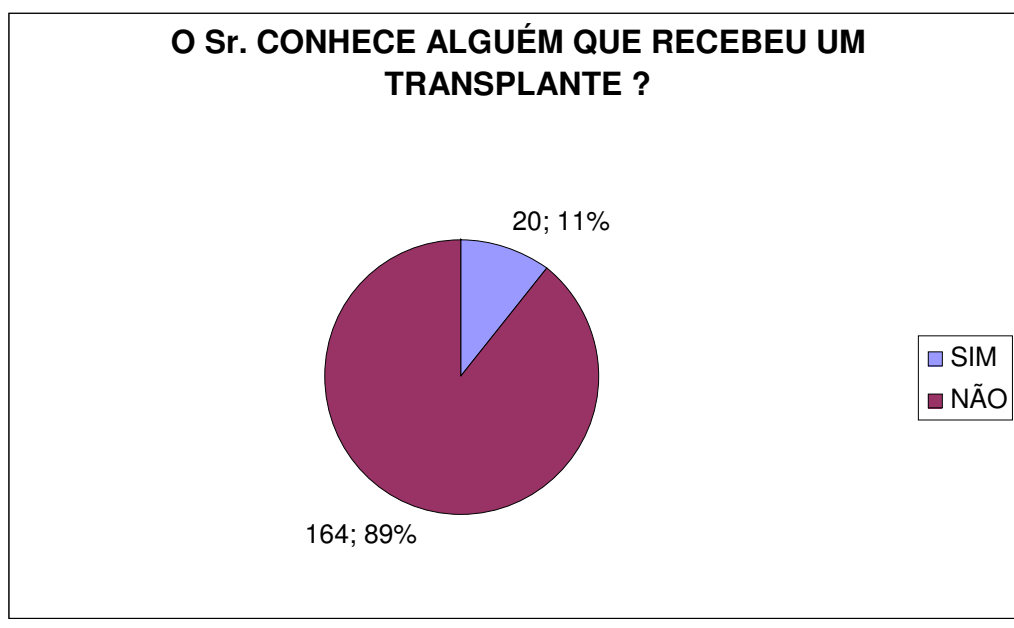


Fig.19 – Percentual dos entrevistados que conheciam alguém transplantado. Campinas – SP, 2006.

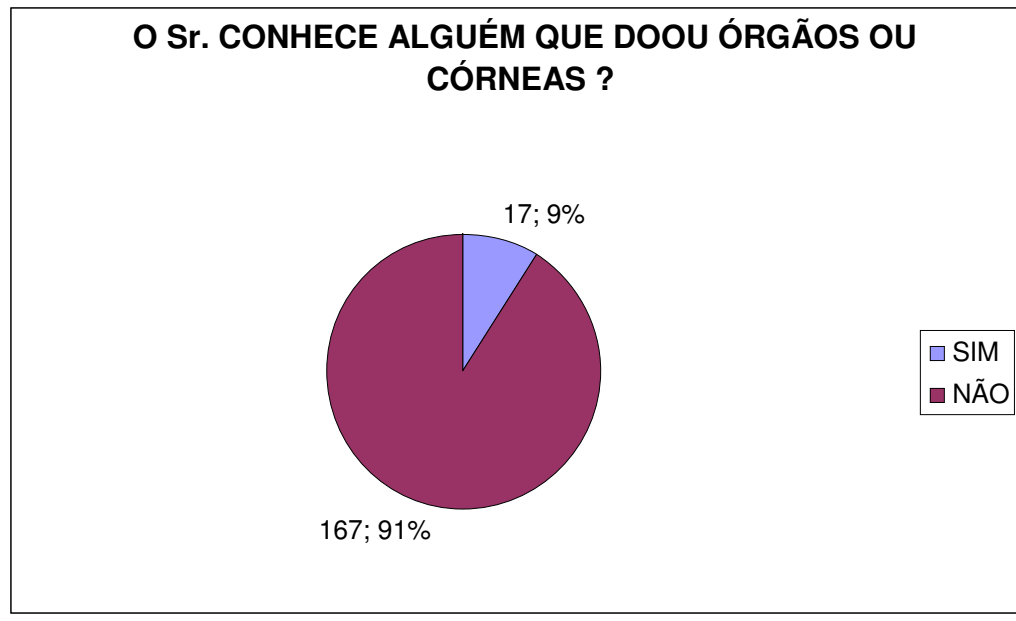


Fig.20 – Percentual dos entrevistados que conheciam alguém que doou órgãos ou córneas. Campinas – SP, 2006.

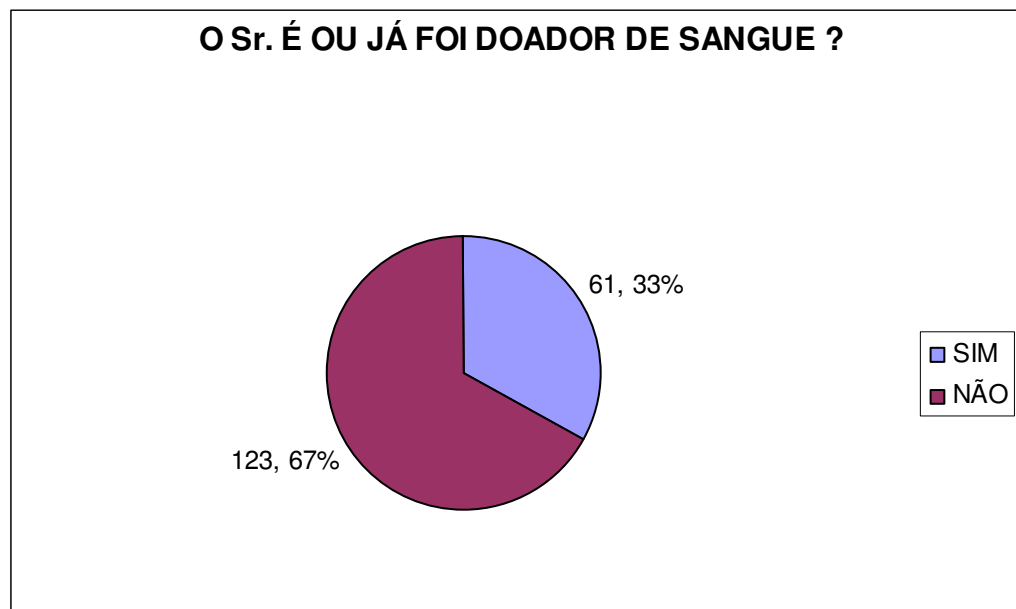


Fig.21 – Percentual dos entrevistados que são ou já foram doadores de sangue. Campinas – SP, 2006.

5.1.10 – O sr(a). é doador de órgãos? É doador de córneas ?

Cerca de 86% (158) dos entrevistados responderam que doariam seus próprios órgãos e 85% (156) doariam sua córneas. (Fig. 22 e 23)

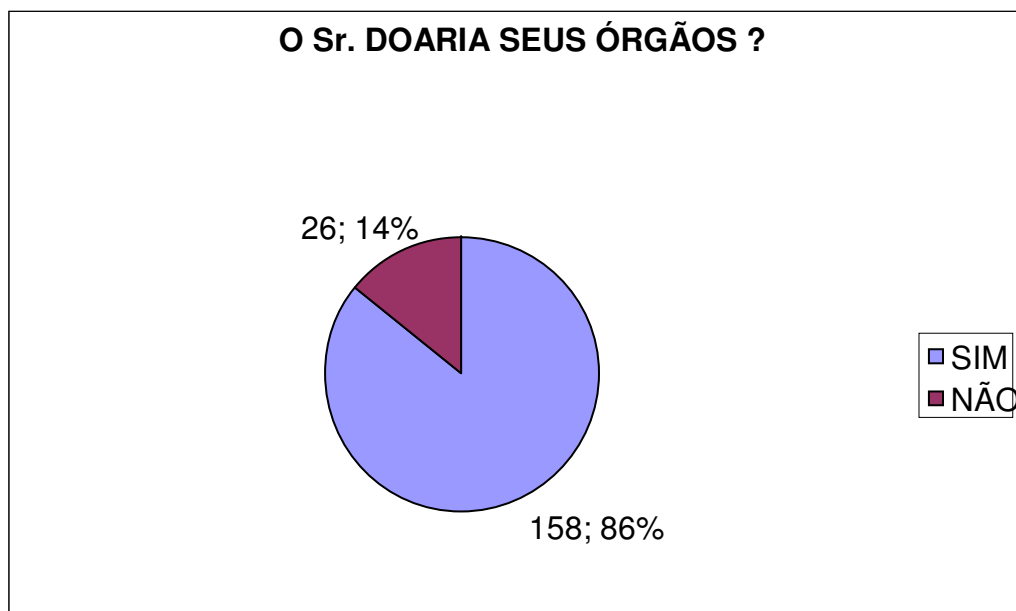


Fig.22 – Percentual dos entrevistados que doariam seus próprios órgãos. Campinas – SP, 2006.

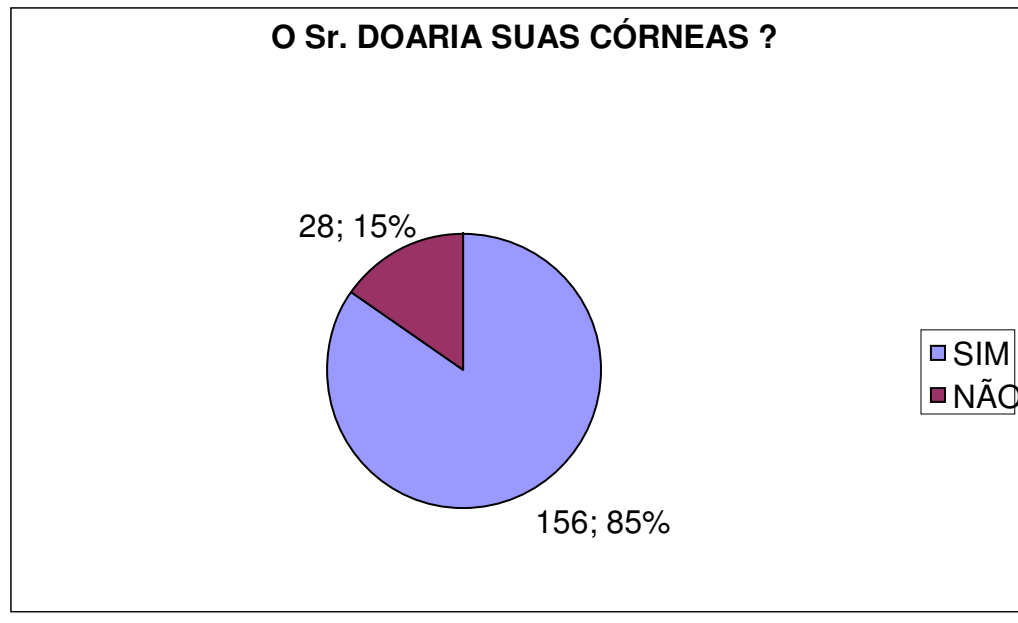


Fig.23 – Percentual dos entrevistados que doariam suas córneas. Campinas – SP, 2006.

5.1.11 – Razões para ser doador de córneas

As razões citadas pelos entrevistados para ser um futuro doador de córnea foram: Solidariedade às pessoas que estão à espera de uma córnea (fig.24); obrigação moral e costume familiar em doar (Fig.25); reciprocidade (Fig.26) e forma de permanecer vivo após a morte. (Fig.27)

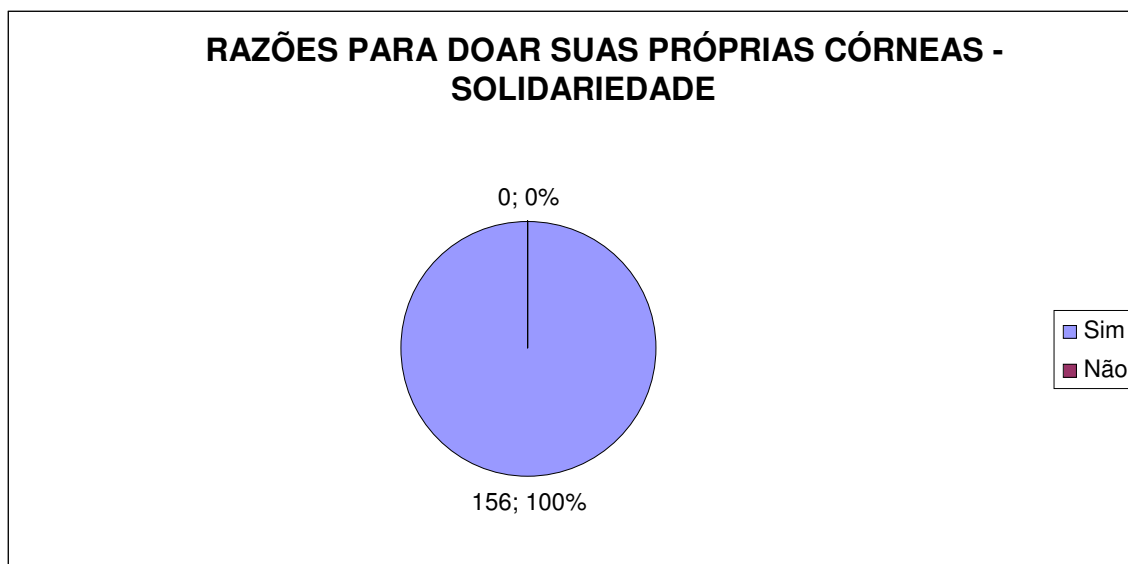


Fig.24 – Razões para os entrevistados doarem suas próprias córneas – Solidariedade aos que esperam por uma córnea na fila de espera. Campinas – SP, 2006-2007.

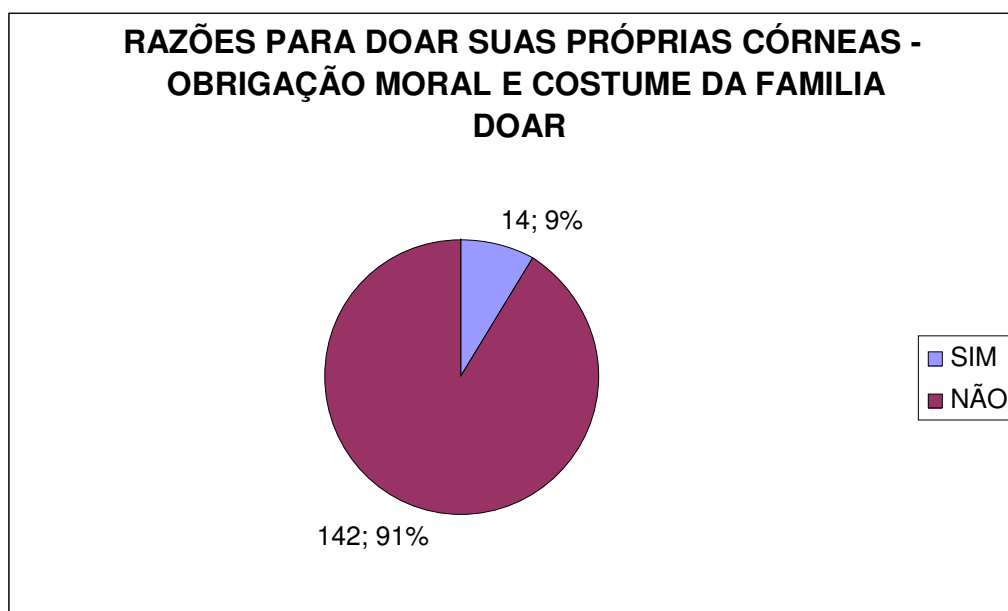


Fig.25 – Razões para os entrevistados doarem suas próprias córneas – Obrigação moral e costume da família em doar. Campinas – SP, 2006.

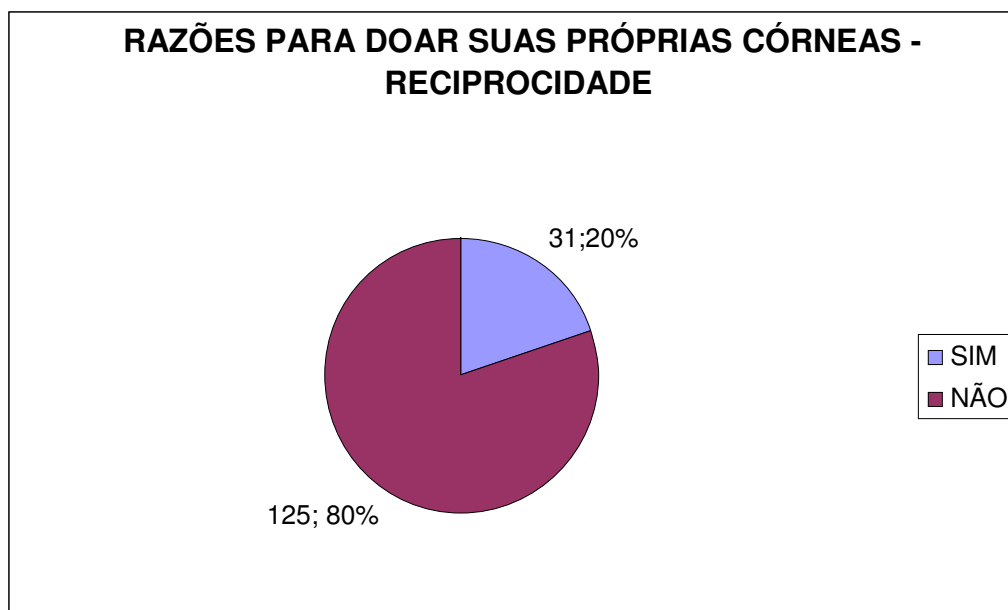


Fig.26 – Razões para os entrevistados doarem suas próprias córneas – Reciprocidade.
Campinas – SP, 2006.

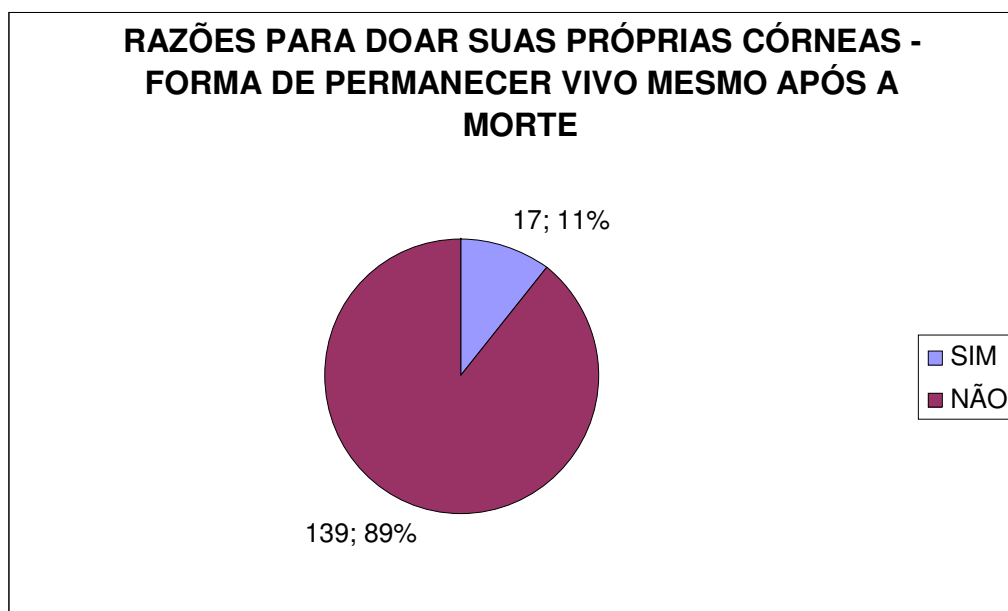


Fig.27 – Razões para os entrevistados doarem suas próprias córneas – Permanecer vivo
mesmo após a morte. Campinas – SP, 2006.

5.1.12 – Razões para não ser doador de córneas

As razões citadas como motivos para não ser um futuro doador de córnea foram: o fato de não receber nenhum incentivo financeiro para doar (ver fig.28); rejeitar a idéia do corpo mutilado (Fig.29); medo de retirar as córneas antes da morte definitiva do indivíduo (Fig.30); religião não permitir a doação (Fig.31); e não desejou explicar os motivos (Fig.32)

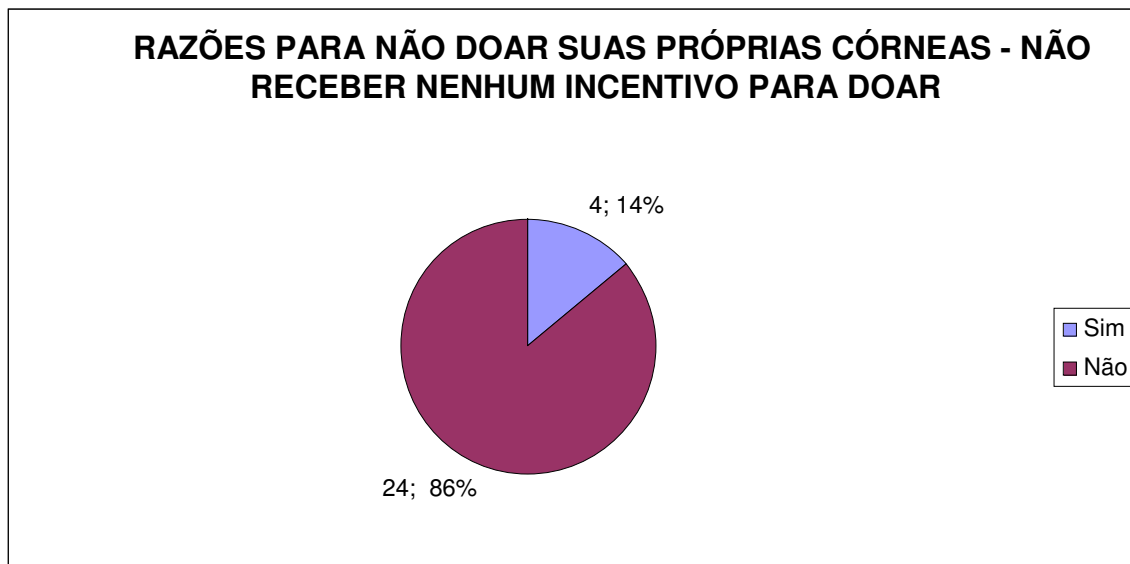


Fig.28 – Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: Não receber nenhum incentivo financeiro para doar. Campinas – SP, 2006.

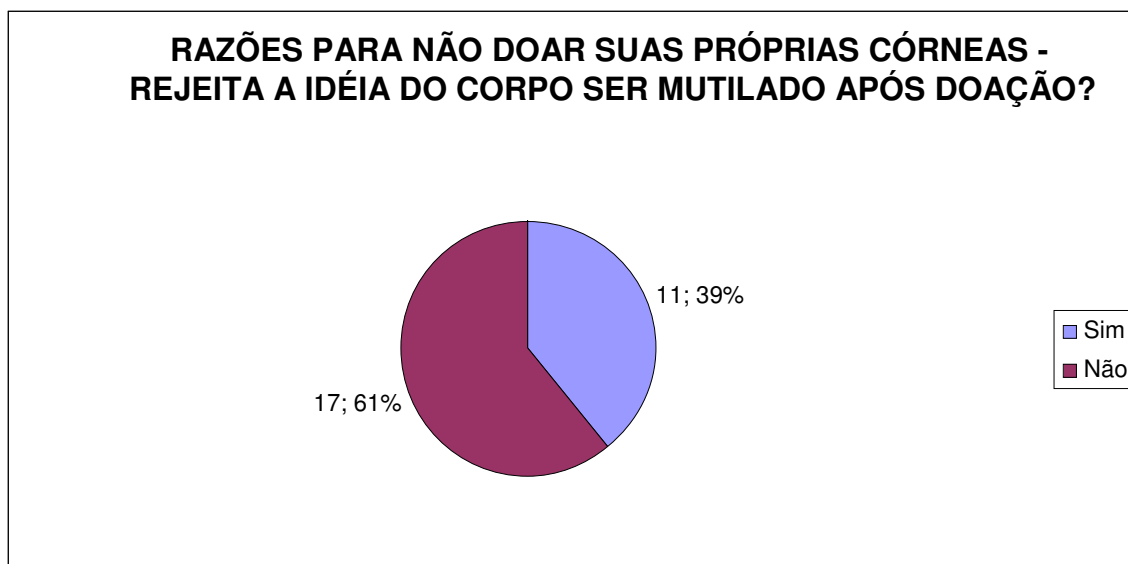


Fig.29 – Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: Rejeitar a idéia do corpo mutilado após a doação. Campinas – SP, 2006.

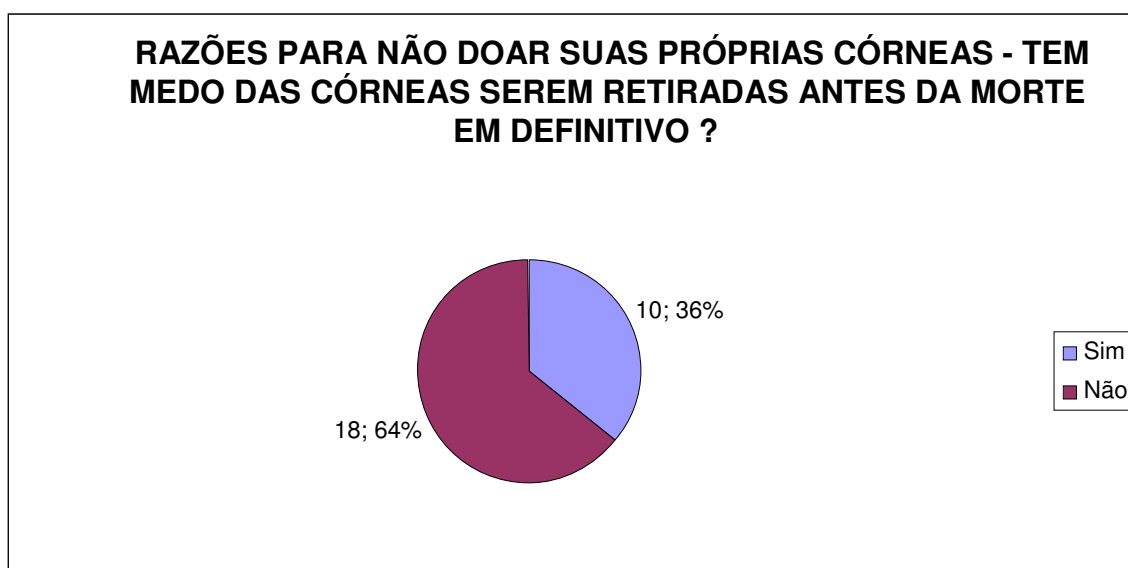


Fig.30 – Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: medo das córneas serem retiradas antes da morte em definitivo. Campinas – SP, 2006.

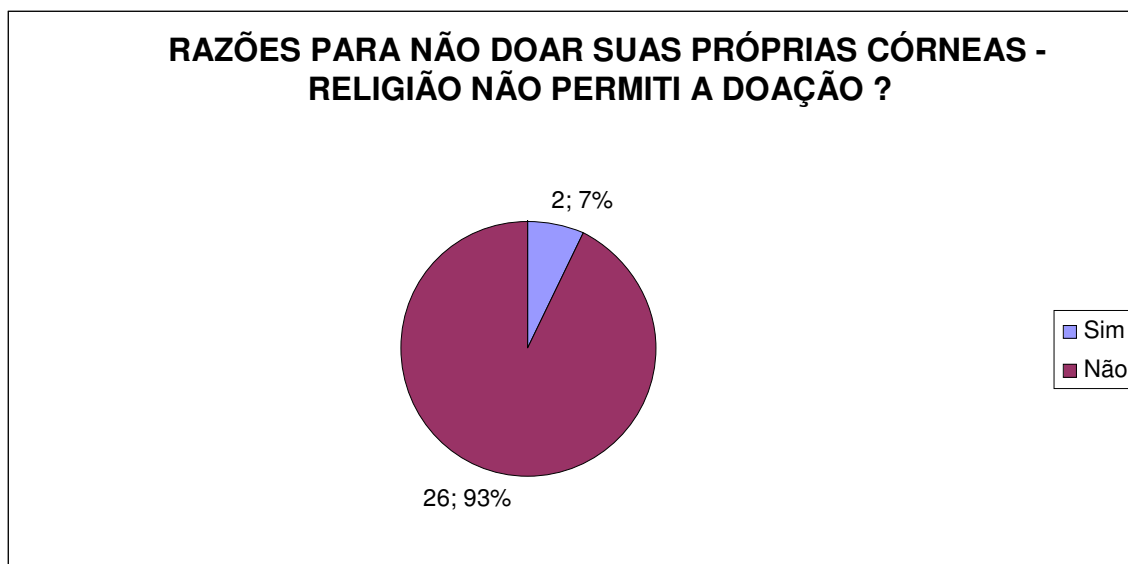


Fig.31 – Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: religião não permite a doação. Campinas – SP, 2006.

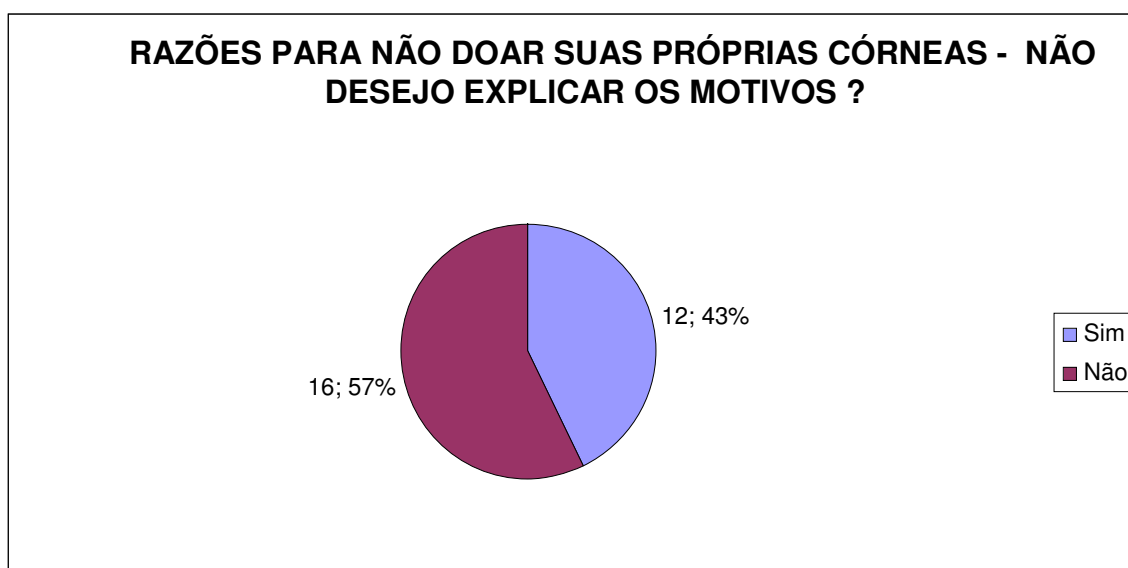


Fig.32 – Razões para os entrevistados não doarem suas próprias córneas: não deseja explicar os motivos para não ser doador. Campinas – SP, 2006.

5.1.13 – Influência da prática religiosa na decisão pela doação do familiar

Entre os entrevistados, noventa e sete por cento diziam-se ter alguma religião: 79% católicos(146), 18% protestantes(33). Três por cento(5) diziam-se sem religião(ateus). Entre os protestantes, apenas 2 eram da religião testemunha de Jeová (Fig.33)



Fig.33 – Distribuição dos familiares, segundo o tipo de religião. Campinas – SP, 2006.

4.1.14 – É religioso praticante?

Entre os religiosos (179), 73% se diziam praticantes de suas religiões respectivas e 27% não. (Fig.34)

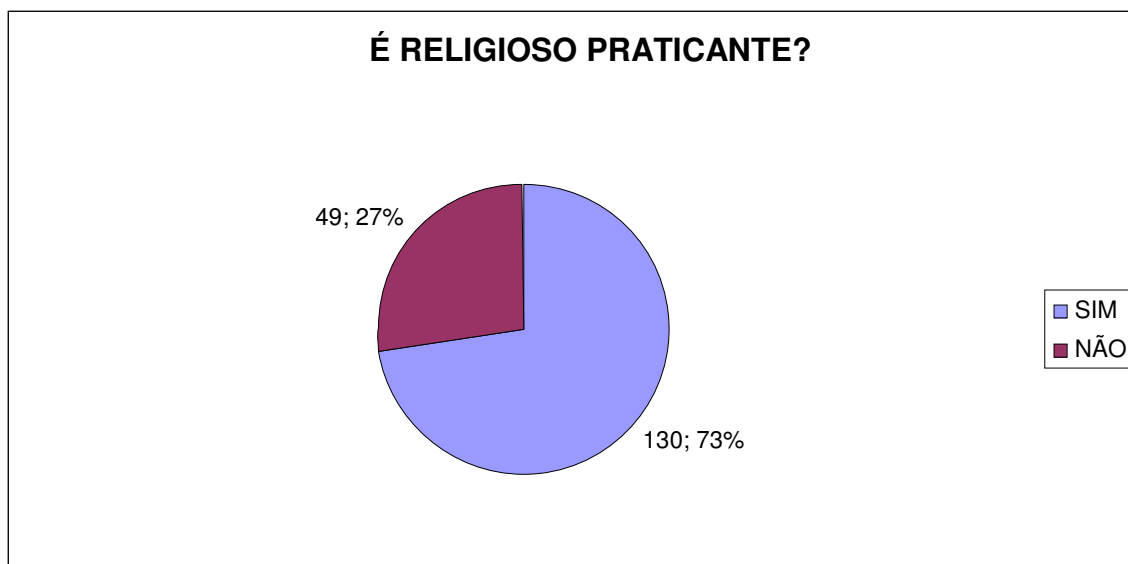


Fig.34 – Distribuição dos familiares religiosos, segundo a prática religiosa. Campinas – SP, 2006.

5.1.15 - A sua religião é a favor ou contra a doação de órgãos e tecidos ou não sabe informar?

A grande maioria dos entrevistados (100, 56%) não sabiam dizer se sua religião era a favor ou contra a doação. Dez (18) por cento diziam que sua religião era contra a doação e 34% (61) a favor da doação. (Fig.35)

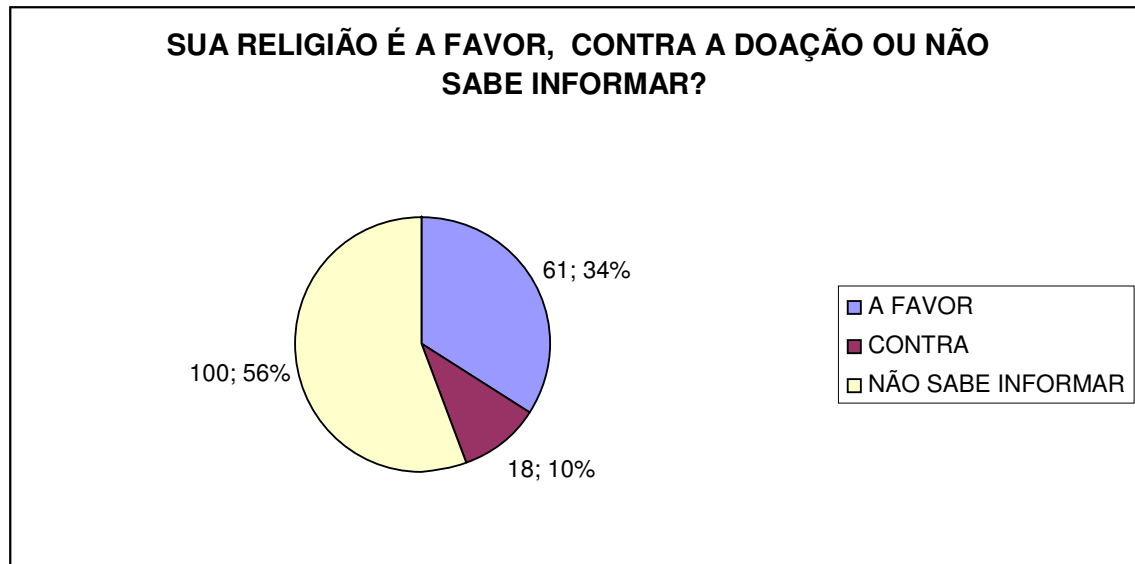


Fig.35 – Distribuição dos familiares, segundo a opinião de suas respectivas religiões quanto a favorabilidade ou não à doação. Campinas – SP, 2006.

5.1.16 – Interferência da religião na decisão em ser doador

A maioria (87%, 156) dos entrevistados afirmaram que o tipo de religião a qual pertenciam não influenciava na opinião pessoal quanto a atitude de doar ou não córneas. (Fig.36)

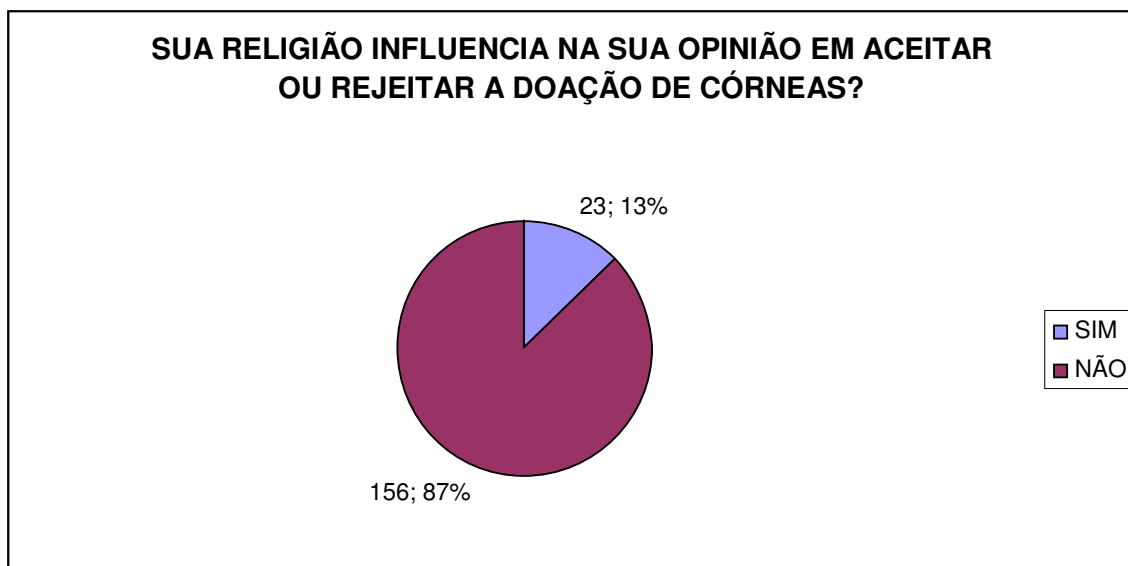


Fig.36 – Distribuição dos familiares, segundo a interferência da religião em ser doador.
Campinas – SP, 2006.

5.1.17 – O sr.(a) sabe informar se seu familiar desejava ser doador de córneas?

O conhecimento do desejo prévio do familiar falecido em doar córneas foi relatado por 58%(106) dos familiares entrevistados e cerca de 42% (78) não sabiam informar o desejo prévio em doar do falecido. (Fig. 34).

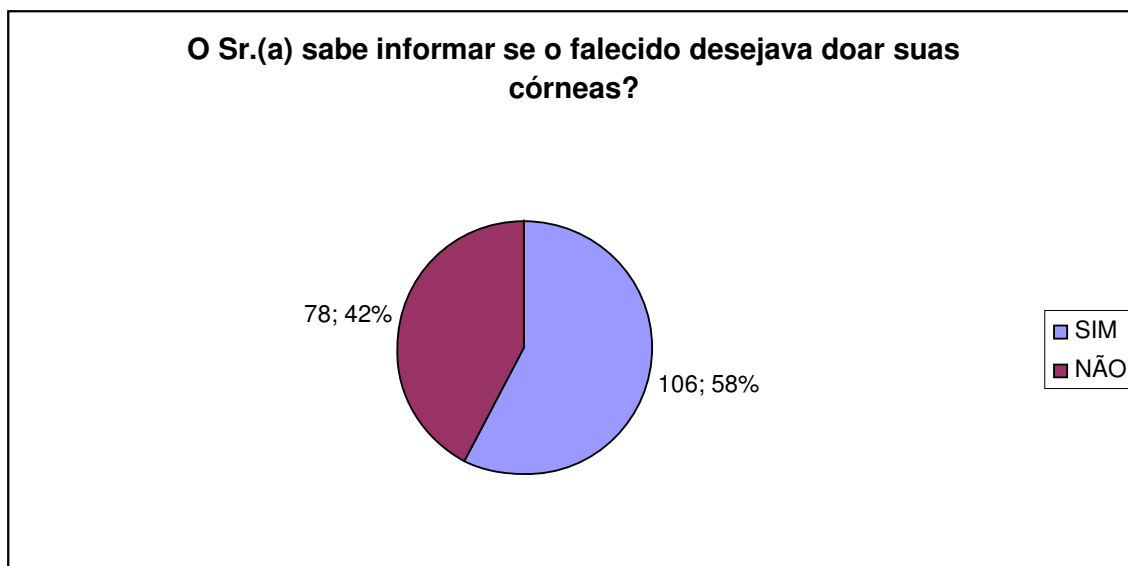


Fig.37 – Distribuição dos familiares segundo o conhecimento prévio do desejo de doação do parente falecido. Campinas – SP, 2006.

5.1.18 – O sr.(a) autoriza a doação das córneas do seu parente falecido?

A maioria (75%, 138) dos entrevistados autorizaram a doação das córneas de seu parente falecido. (Fig.38)

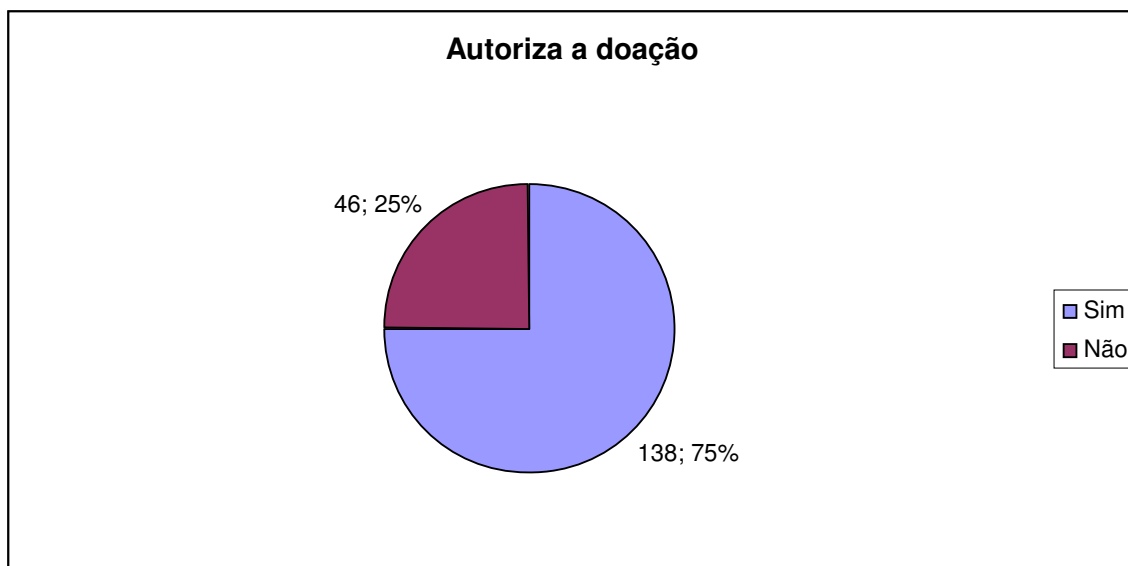


Fig.38 – Distribuição dos familiares, quanto à autorização a doação das córneas de seus parentes falecidos. Campinas – SP, 2006.

5.1.19 – O sr.(a) autorizou a doação das córneas do seu parente falecido por quais razões?

Cerca de 24%(33) dos entrevistados autorizaram a doação por respeitarem o desejo do familiar falecido em ser doador. Vinte e seis por cento (36) autorizaram por acreditarem que doar é um bem que se faz ao próximo. Em torno de 87%(120) doaram por questões de solidariedade a quem precisa de uma córnea para voltar a enxergar e 13%(18) doaram por acharem que a doação servia como conforto ao momento de dor que a família vivia (Fig.39 a 42).

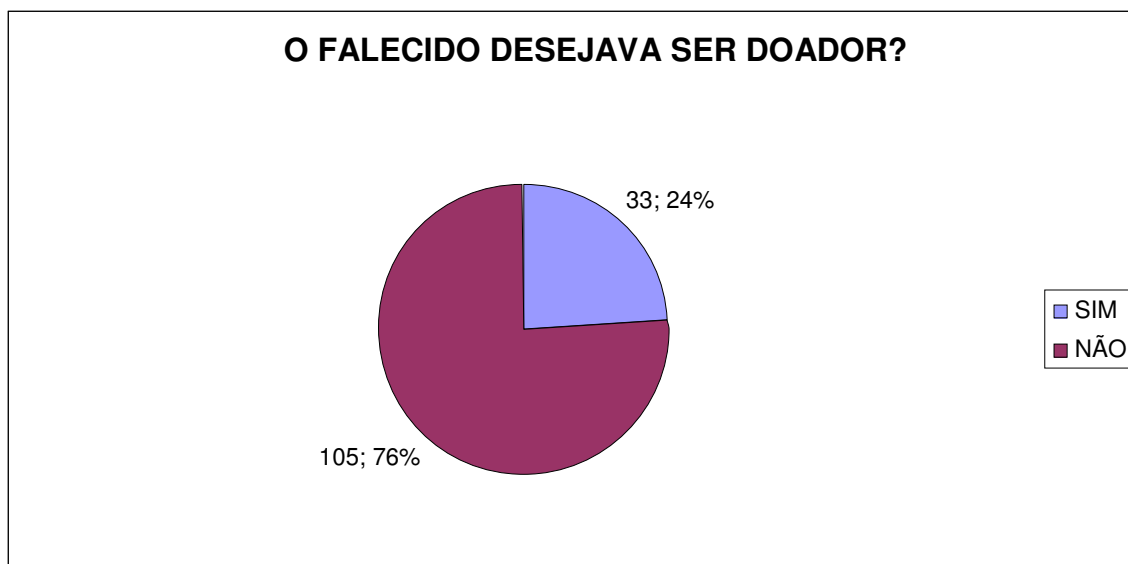


Fig.39 – Razões do consentimento dos familiares a favor da doação de córneas: “o falecido desejava ser doador”. Campinas – SP, 2006.

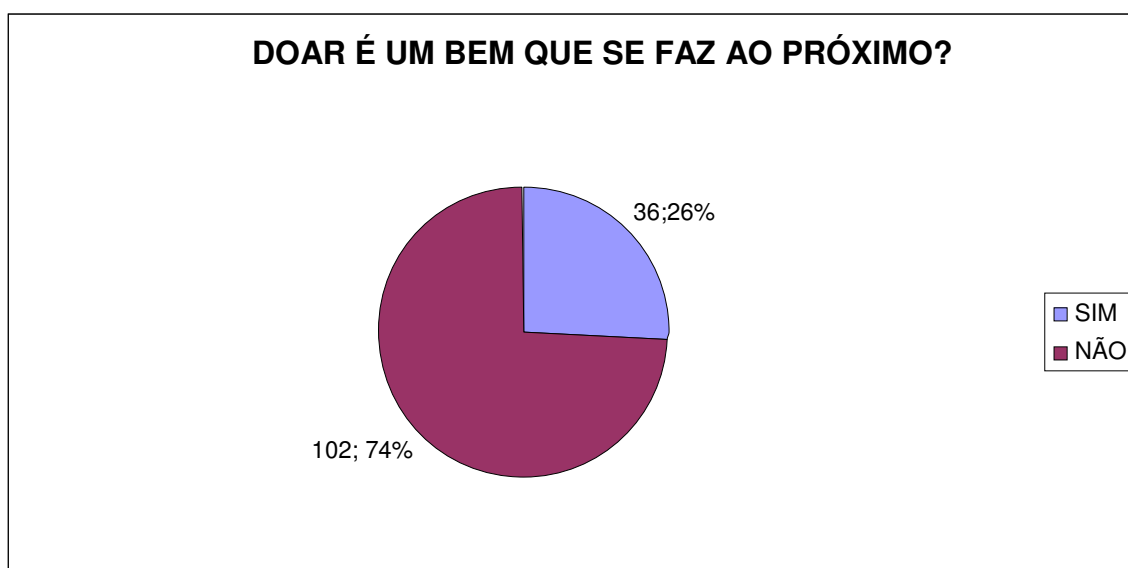


Fig.40 – Razões do consentimento dos familiares a favor da doação de córneas: “Doar é um bem que se faz ao próximo”. Campinas – SP, 2006.



Fig.41 – Razões do consentimento dos familiares a favor da doação de córneas: “Forma de ajudar a quem precisa de uma córnea”. Campinas – SP, 2006.



Fig.42 – Razões do consentimento dos familiares a favor da doação de córneas: “Doar serve de conforto a família”. Campinas – SP, 2006.

5.1.20 – O sr.(a) não autorizou a doação das córneas do seu parente falecido. Por quais razões?

As razões apresentadas como motivos para não autorizar a doação de córneas são apresentadas nas figuras abaixo. (ver fig.43 a 46)



Fig.43 – Razões da recusa dos familiares a doação de córneas: “o falecido era contra doação e não desejava ser doador”. Campinas – SP, 2006.

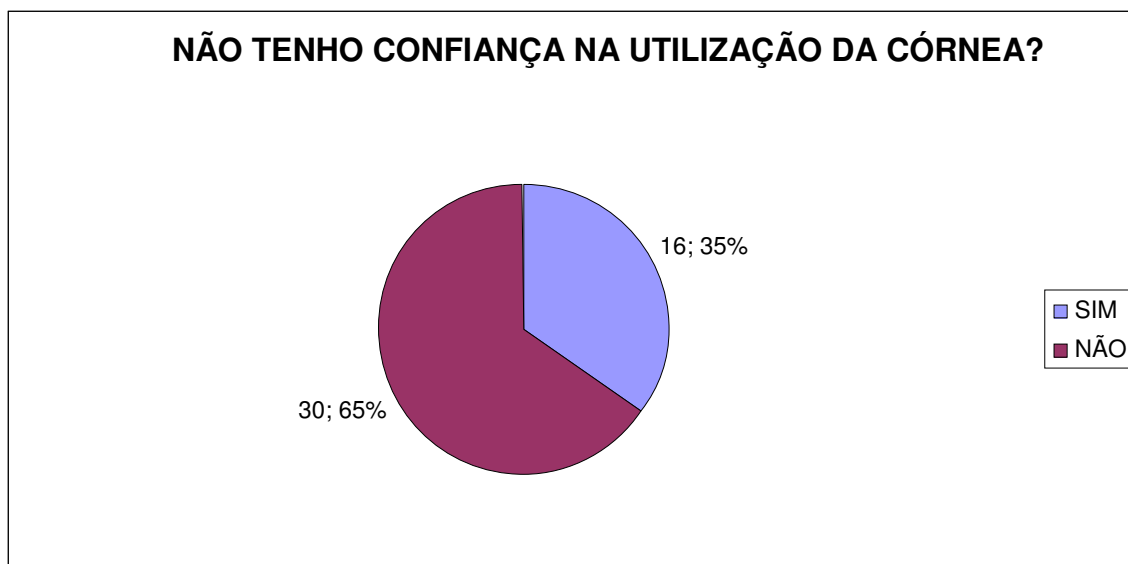


Fig.44 – Razões da recusa dos familiares a doação de córneas: “Não tenho confiança na real utilização da córnea a ser doada”. Campinas – SP, 2006.

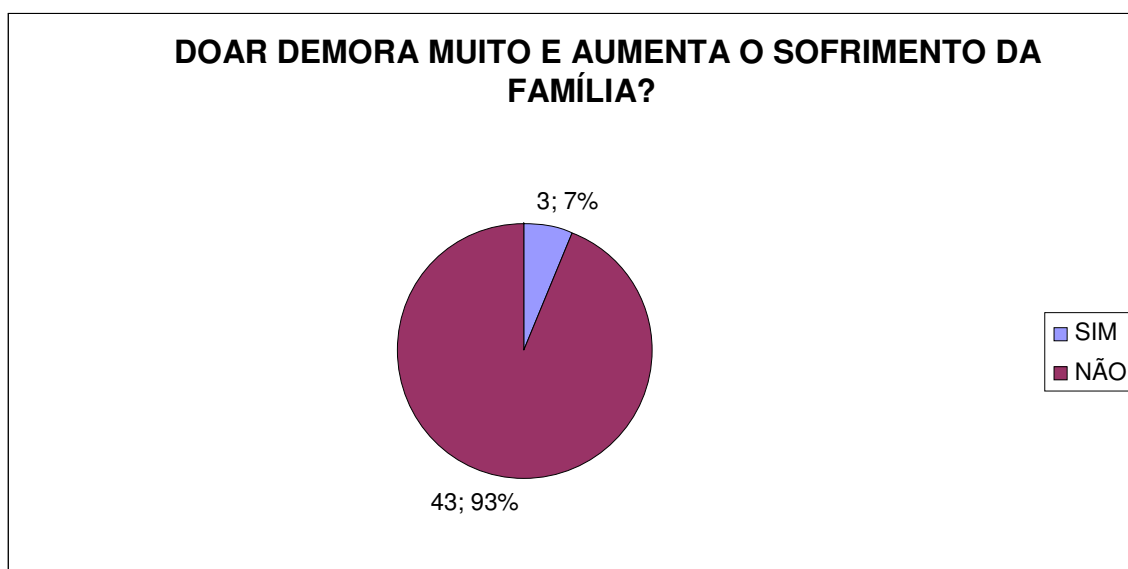


Fig.45 – Razões da recusa dos familiares a doação de córneas quanto o desejo do familiar: O ato da doação é muito demorado e aumenta o sofrimento da família. Campinas – SP, 2006.

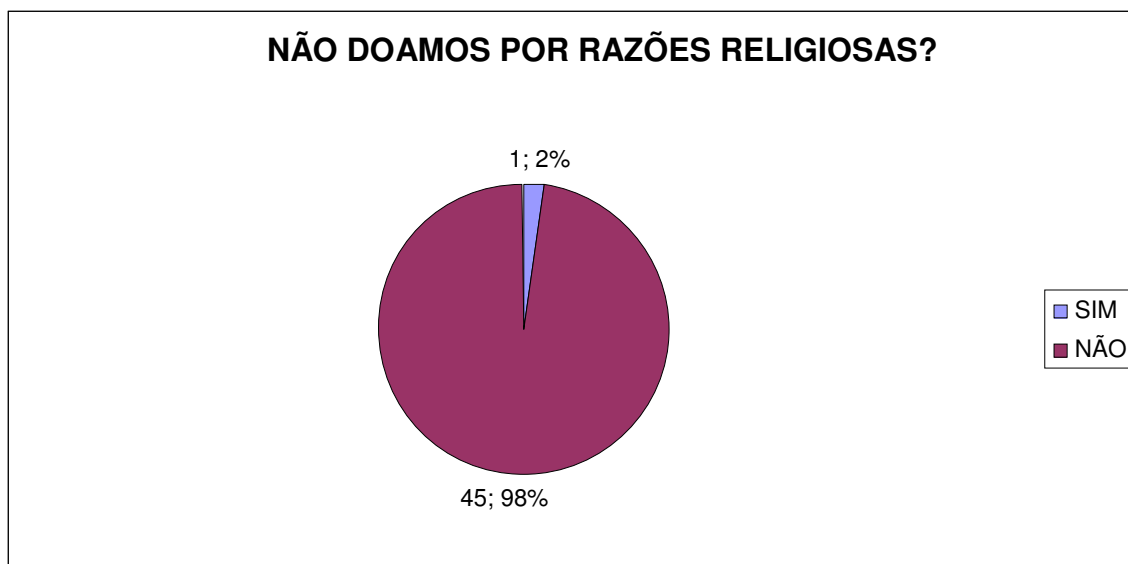


Fig.46 – Razões da recusa dos familiares a doação de córneas: “A religião não permite a doação”. Campinas – SP, 2006.

4.1.21 – ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA COM A VARIÁVEL “AUTORIZAÇÃO A DOAÇÃO”

Na tabela 2 são mostradas relações de significância entre variáveis sócio-demográficas e a autorização a doação de córneas do parente falecido. E na tabela 3 são mostradas as relações de significância existentes entre as variáveis relacionadas ao processo de doação e a autorização à doação de córneas do parente falecido.

Tabela 2 – Comparação entre as variáveis sócio-demográficas e a autorização para doação de córneas do parente falecido, uma análise descritiva e comparativa, Campinas-SP, 2006.

<i>Variável</i>	<i>Autorizou a doação</i>	<i>Não autorizou a doação</i>	p-valor
Sexo			
Masculino	84 (75%)	28 (25%)	1.0
Feminino	54 (75%)	18 (25%)	
Estado civil			
Solteiro	38 (92,68%)	3 (7,32%)	0,0032
Casado	76 (66,67%)	38 (33,33%)	
Viúvo	6 (66,67%)	3 (33,33%)	
Divorciado ou separado	18 (90%)	2 (10%)	
IDADE			
21-30 anos	30 (81,08%)	7 (18,92%)	0 . 5027
31-40 anos	36(73,47%)	13 (26,53%)	
41-50 anos	42(71,19%)	17 (28,81%)	
51-60 anos	24(72,73%)	9 (27,27%)	
61-80 anos	6(100%)	0 (0%)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental*	48(72,73%)	18 (27,27%)	0,4986
Ensino Médio*	49 (80,33%)	12 (19,67%)	
Ensino Superior*	41(71,93%)	16 (28,07%)	
Religião			
Católicos	116 (79,45%)	30(20,55%)	0,0026
Protestantes	17 (51,52%)	16(48,48%)	
Ateus	5 (100%)	0	
Sua religião é a favor ou contra a doação ou não sabe dizer			
A favor	55 (90,16%)	6 (9,84%)	0,0005
Contra	9 (50%)	9 (50%)	
Não sabe	69 (69%)	31 (31%)	
* Incompleto ou completo			

Na tabela 2 foi observado que os solteiros e os separados ou divorciados autorizaram mais significativamente a doação de córneas de seus parentes falecidos quando comparados com os casados e viúvos ($p=0,0032$).

No aspecto religioso, os católicos e os ateus autorizaram mais a doação em relação aos protestantes ($p=0,0026$). Além disso, foi observado que o fato de saber se sua religião era a favor ou contra a doação influenciou na decisão em autorizar mais a doação ou não, respectivamente. ($p=0.0005$)

Tabela 3 – Comparação entre as variáveis relacionadas a processo de doação e a autorização para doação de córneas do parente falecido, uma análise descritiva e comparativa, Campinas-SP, 2006.

<i>Variável</i>	<i>Autorizou a doação</i>	<i>Não autorizou a doação</i>	<i>p-valor</i>
Trabalhou ou trabalha como voluntário			
Sim	73(86,90%)	11(13,10%)	0,0006
Não	65(65%)	35(35%)	
Conhecimento sobre doação			
Muito	18(75%)	6(25%)	0,0040
Mais ou menos	63(79,75%)	16(20,25%)	
Pouco	48(80%)	12(40%)	
Nada	9(42,86%)	12(57,14%)	
TV como meio de informação			
Sim	113(79,58%)	29(20,42%)	0,0084
Não	25(59,52%)	17(40,48%)	
Rádio como meio de informação			
Sim	30(93,75%)	2(6,25%)	0,0070
Não	108(71,05%)	44(28,95%)	
Revista como meio de informação			
Sim	82(80,39%)	20(19,61%)	0,0596
Não	56(68,29%)	26(31,71%)	

<i>Variável</i>	<i>Autorizou a doação</i>	<i>Não autorizou a doação</i>	<i>p-valor</i>
Jornais como meio de informação			
Sim	29(85,29%)	5(14,71%)	0,1247
Não	109(72,67%)	41(27,33%)	
Profissionais da área da saúde como meio de informação			
Sim	35(76,09%)	11(23,91%)	0,8441
Não	103(74,64%)	35(25,36%)	
Escolas ou outras instituições educacionais como meio de informação			
Sim	8(72,73%)	3(27,27%)	1,0000
Não	130(75,14%)	43(24,86%)	
Conversou com parentes ou amigos sobre doação ou transplante			
Sim	34 (80,95%)	8(19,05%)	0,3105
Não	104(73,24%)	38(26,76%)	
O Sr.(a) é transplantado			
Sim	7(87,50%)	1(12,50%)	0,6816
Não	131(74,43%)	45(25,57%)	
Conhece algum familiar ou conhecido que foi transplantado			
Sim	18(90%)	2(10%)	0,1008
Não	120(73,17%)	44(26,83%)	
Conhece alguém que doou órgãos de seus parentes			
Sim	15(88,24%)	2(11,76%)	0,2473
Não	123(73,65%)	44(26,35%)	
O Sr.(a) é doador de sangue			
Sim	50(81,97%)	11(18,03%)	0,1243
Não	88(71,54%)	35(28,46%)	

Na tabela 3 foi observado que entre os entrevistados que tinham costume de trabalhar como voluntário em atividades prossociais autorizaram mais quando comparados com os que nunca tinham trabalhado. (p=0,0006)

Entre os que se diziam não possuir nenhum conhecimento sobre doação foi observado uma menor taxa de autorizações a doação de córneas quando comparados com os que possuíam algum nível de conhecimento (pouco, mais ou menos ou muito) (p=0,0040)

Os meios de obtenção de informação que correlacionou significativamente com uma maior taxa de autorização à doação foram a televisão e o rádio($p= 0,0084$ e $p= 0,0070$, respectivamente)

O fato de ser transplantado, conhecer alguém que é transplantado ou alguém que doou órgãos não influenciou na atitude em autorizar a doação.

Na tabela 4 são mostradas a relação de significância entre as variáveis sócio-demográficas e a intenção do entrevistado em ser doador de suas próprias córneas. E na tabela 5 são mostradas as relações de significância existentes entre as variáveis relacionadas ao processo de doação e a intenção do entrevistado em ser doador de córneas.

Tabela 4 – Comparação entre as variáveis sócio demográficas e a intenção em doar suas próprias córneas, uma análise descritiva e comparativa, Campinas-SP, 2006.

<i>Variável</i>	<i>Ser doador</i>	<i>Não Ser doador</i>	p-valor
Sexo			
Masculino	92 (82,14%)	20 (17,86%)	0.0703
Feminino	66 (91,67%)	6 (8.33%)	
Estado civil			
Solteiro	41 (100%)	0 (0)	-
Casado	89 (78,07%)	25 (21,93%)	
Viúvo	9 (100%)	0 (0)	
Divorciado ou separado	19 (95%)	1 (5%)	
IDADE			
21-30 anos	26 (70,27%)	11 (29,73%)	0.0287
31-40 anos	44(89,80%)	5 (10,20%)	
41-50 anos	51(86,44%)	8 (13,56%)	
51-60 anos	31(93,94%)	2 (6,06%)	
61-80 anos	6(100%)	0 (0%)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	57(86,36%)	9(13,64%)	0,0222
Ensino Médio	47 (77,05%)	14(22,95%)	
Ensino Superior Incompleto ou completo	54 (94,74%)	3 (5,26%)	
Religião			
Católicos	130 (89,04%)	16(10,96%)	0,0458
Protestantes	24 (72,73%)	9(27,27%)	
Ateus	4 (80%)	1 (20%)	
Sua religião é a favor ou contra a doação ou não sabe dizer			
A favor	60(98,36%)	1(1,64%)	0,0018
Contra	13(72,22%)	5(27,78%)	
Não sabe	81(81%)	19(19%)	

Tabela 5 – Comparação entre as variáveis relacionadas ao processo de doação e a intenção do entrevistado em ser doador de suas próprias córneas, uma análise descritiva e comparativa, Campinas-SP, 2006.

<i>Variável</i>	<i>Ser doador</i>	<i>Não Ser doador</i>	p-valor
Trabalhou ou trabalha como voluntário			
Sim	76(90,48%)	8(9,52%)	0,1002
Não	82(82%)	18(18%)	
Conhecimento sobre doação			
Muito	23(95,83%)	1(4,17%)	0,0635
Mais ou menos	71(89,87%)	8 (10,13%)	
Pouco	49(81,67%)	11 (18,33%)	
Nada	15(71,43%)	6 (28,57%)	
TV como meio de informação			
Sim	125(88,03%)	17(11,97%)	0,1222
Não	33(78,57%)	9(21,43%)	
Rádio como meio de informação			
Sim	31(96,88%)	1(3,13%)	0,0524
Não	127(83,55%)	25(16,45%)	
Revista como meio de informação			
Sim	94(92,16%)	8(7,84%)	0,0063
Não	64(78,05%)	18(21,95%)	
Jornais como meio de informação			
Sim	30(88,24%)	4(11,76%)	0,7902
Não	128(85,33%)	22(14,67%)	
Profissionais da área da saúde como meio de informação			
Sim	41(89,13%)	5(10,87%)	0,4635
Não	117(84,78%)	21(15,22%)	
Escolas ou outras instituições educacionais como meio de informação			
Sim	11(100%)	0(0)	0,3681
Não	147(84,97%)	26(15,03%)	
Conversou com parentes ou amigos sobre doação ou transplante			
Sim	41(97,62%)	1(2,38%)	0,0128
Não	117 (82,39%)	25(17,61%)	

<i>Variável</i>	<i>Ser doador</i>	<i>Não Ser doador</i>	<i>p-valor</i>
O Sr.(a) é transplantado			
Sim	8(100%)	0(0)	0,6032
Não	150(85,23%)	26(14,77%)	
Conhece algum familiar ou conhecido que foi transplantado			
Sim	20(100 %)	0(0)	0,0821
Não	138(84,15%)	26(15,85%)	
Conhece alguém que doou órgãos de seus parentes			
Sim	17(100%)	0(0)	0,1364
Não	141(84,43%)	26(15,57%)	
O Sr.(a) é doador de sangue			
Sim	58(95,08%)	3(4,92%)	0,0115
Não	100(81,30%)	23(18,70%)	

Foi observado que os mais jovens (<30 anos) se diziam menos futuros doadores em comparação a maiores faixas etárias. (p=0,0287) E o nível de escolaridade também influenciou na decisão em ser um futuro doador de córneas, onde quem apresentava maior nível de escolaridade tendeu mais a se dizer um futuro doador de córneas(p=0,0222)

Os Católicos e ateus tenderam a ser futuros doadores quando comparados aos protestantes(p=0,458). Como também o fato de saber que sua religião é a favor da doação contribuiu em se dizer mais um futuro doador. (p=0,0018)

O rádio foi o meio de obtenção de informação que correlacionou significativamente com uma maior taxa de futuros doadores (p= 0,0063) A conversa com os amigos sobre o assunto doação e transplante também se correlacionou positivamente em ser um futuro doador (p=0,0128)

O fato de ser doador de sangue influenciou positivamente em ser um futuro doador ($p=0,0115$) Mas ser transplantado, conhecer alguém que é transplantado ou alguém que doou órgãos não influenciou no desejo em ser futuro doador.



DISCUSSÃO

6- DISCUSSÃO

A escassez de doadores de córneas continua a ser um dos fatores limitantes para o transplante e reabilitação de inúmeras pessoas que esperam por esse tecido. A doação de córneas é uma necessidade social para este tipo de terapia devido o transplante não ser possível sem a colaboração da população. (CONESA, 2003) No Brasil, como em vários outros países, o suprimento de córneas e órgãos em geral para transplante não corresponde com a crescente demanda. (ABTO, PARK, 1998)

Apesar do crescimento que o Brasil apresentou entre 1999 a 2004, elevando o número de doadores de órgãos por milhão de população (pmp) de 3,0 para 7,4, nos últimos anos, essas taxas vêm diminuindo a níveis inferiores a 6 doadores por milhão de população, valor considerado bem abaixo dos níveis aceitáveis para equilibrar a demanda e a oferta de doações de órgãos que é em torno de 35 doadores pmp. (MORAIS, 2002, ABTO)

A falta de doadores é um problema mundial. De acordo com dados da Associação Nacional de Procura de Órgãos dos EUA, em 2004 morriam em média 17 pessoas por dia à espera de um órgão para transplante, e a cada 12 minutos uma nova pessoa entrava na lista de espera, totalizando 89.000 pessoas na fila de espera. (OPTN, 2006) Da mesma forma, na Alemanha, 12.000 pessoas esperam por órgão ou tecido e mais de 1000 morrem por ano à espera. (ORGAN DONATION IN GERMANY, 2005)

A fila de espera por um órgão ou tecido no Brasil é bem elevada, em torno de 66 mil pessoas. No estado de São Paulo, o número de receptores a espera de um órgão ou tecido era de aproximadamente 16 mil pessoas no primeiro trimestre de 2007. (ABTO, 2007) A quantidade de órgãos e tecidos de doador falecido é insuficiente para atender esta demanda. E a taxa de mortalidade devido essa espera é alta, chegando a 50% para quem espera por um coração, 48% por um pulmão, 20% por um fígado e 2% por um pâncreas. (ABTO, 2007)

Em países desenvolvidos como a Espanha que possui uma das maiores taxas de doadores por milhão de população no mundo (35 pmp), a necessidade por um órgão ou tecido vem aumentando devido a um número ascendente de indicações dessa terapêutica. Acredita-se que o principal limitador para melhoria no número de transplantes realizados é a recusa familiar em autorizar a doação (FRUTOS, 2002; CONESA, 2003)

Sato e Rodrigues, em estudo realizado em São Paulo, observaram que 79% dos entrevistados (transeuntes das enfermarias) se diziam doadores de córneas. Percentual semelhante ao encontrado em nosso estudo, onde 85% dos entrevistados desejavam serem futuros doadores de córneas. Entretanto, os autores, no mesmo período, identificou a efetivação de doação de córneas em menos de 1% da população que freqüentava este Hospital. (RODRIGUES, 2002)

Duarte e col. já tinham identificado em estudo brasileiro que 87% da população estudada possuíam atitude positiva em doar seus próprios órgãos e 78% atitude positiva em doar os órgãos de seus parentes. Entretanto, pouco são as doações efetivadas. (DUARTE, 2002)

Existe, portanto, uma disparidade entre o número pessoas com o desejo em serem doadores (doadores em potencial) e o número de doações efetivadas nos hospitais em geral. A intenção em ser doador nem sempre corresponde com a autorização e efetivação à doação. Inúmeras são as variáveis que podem estar envolvidas nesse processo, entre elas, variáveis sócios demográficas, despreparo da equipe de saúde envolvida no processo de doação, má estruturação organizacional dos hospitais em localizar e notificar os potenciais doadores, abordagem inadequada e ineficiente, demora na captação dos órgãos e tecidos (múltiplos órgãos), recusa familiar, contra-indicações médicas à doação, entre outras. (FARGE, 1994; DIAMOND, 1987; LOEWESTEIN, 1991)

Em geral, o público comporta-se como favorável a doação de órgãos e tecidos, pois se entusiasma com a idéia de salvar vidas e melhorar a qualidade de vida de muitos que esperam por um órgão ou tecido. Apesar disso, a falta de doadores ainda é barreira para melhoria de vida de muitos que aguardam um doador. (FARGE, 1994; DIAMOND, 1987; LOEWESTEIN, 1991)

Quando se analisa a intenção em doar nas pesquisas, isso não significa que essa intenção será concretizada em doação, já que se trata de uma especulação. Nos países desenvolvidos, a intenção em doar supera os 70% da população. Nos EUA acredita-se que 95% da população sejam a favor do transplante e 75% declaram seu desejo em ser doador. (SIMINOFF, 1995)

A grande maioria das pesquisas sobre o assunto doação e transplante trabalham a partir da especulação do comportamento humano, ou seja, colocam os entrevistados numa suposta situação de doação e transplante e perguntam sua atitude perante essa

condição. Portanto, viés podem ocorrer nessas pesquisas já que se trata de uma suposta atitude de doação ou não. (SIMINOFF, 1995)

O momento da dor por receber a notícia da morte de um parente pode influenciar na decisão final em doar. É um momento de tristeza, onde se inicia o processo funerário que abrange a velação, rituais religiosos e o sepultamento do corpo. Esse processo necessita de tempo para organizar, e caso o hospital não tenha uma equipe preparada para abordar os familiares responsáveis pela autorização a doação, muitos potenciais doadores podem ser perdidos neste momento, já que os familiares estão envolvidos em outras questões.

E para reduzir essas viés de especulação de comportamento, esse estudo foi o primeiro realizado no Brasil que constatou a opinião de familiares de pacientes falecidos sobre a doação de córneas no momento do recebimento da notícia do falecimento de seu parente. Identificando assim, o real percentual de autorizações de doações de córneas e a intenção em ser doador do familiar responsável pela doação.

Esperávamos, portanto, um alto percentual de intenções em ser doador e uma baixa efetivação a doação como é de costume acontecer nas pesquisas em geral. Entretanto, foi encontrado um percentual elevado não só de futuros doadores (cerca de 86%) como também alta taxa de autorizações à doação, 75% doaram as córneas de seus parentes. Isso demonstra a boa atitude da população estudada em doar e ajudar àqueles que esperam por uma córnea para melhorar sua qualidade de vida. A taxa de familiares que negaram participar da pesquisa foi considerada pequena (9, 5%).

Muitos pesquisadores afirmam que a recusa familiar é o principal entrave para melhoria no número de doações, fato esse não confirmado em nosso estudo devido o alto percentual de doações. (FRUTOS, 2002; CONESA, 2003)

Na Espanha, a taxa de recusa estabilizou-se, nos últimos anos, ao redor de 25% das famílias entrevistadas. A recusa familiar em Israel tem sido em torno de 50% e na Argentina, de 66%. Na Alemanha, a negativa a doação cresceu de 20%, em 1993, para 35% em 1996. E no Brasil a recusa familiar média chega a 40% dos potenciais doadores de órgãos e tecidos. (FRUTOS, 2002; CONESA, 2003)

Na América Latina o número de doador efetivo é de 2 a 12 por milhão de pessoa por ano, com uma média de 5,4 pmp por ano. Em alguns países como Porto Rico, a taxa é de 20,3, Uruguai 18,8, cuba 16,2, argentina 10,8 e Brasil 6,0. A média na Europa é de 15 pmp e nos EUA de 20 pmp por ano. E a recusa familiar varia de 30 a 70% e representa um obstáculo à efetivação a doação. (PONT, 2003; ABTO, 2005)

Os índices de recusa familiar no Brasil são considerados alto em relação aos padrões internacionais que estabelecem 20 % de recusa como aceitáveis. (CONESA, 2003) Vale salientar que esse número de notificações é sub-estimado e provavelmente o percentual de recusa seja ainda maior, já que existem dificuldades na identificação do potencial doador e muitas vezes não conhecimento da lei que obriga a notificação de todo potencial doador.

Nesses últimos anos, a taxa de recusa familiar vem diminuindo no estado de São Paulo. Em 2006, foram notificados 1.719 potenciais doadores, e desse total 450 não

foram aproveitados devido à recusa familiar, o que corresponde a 26,2%. (ABTO, 2006), valor bem próximo aos ideais e aos 25% encontrados em nosso estudo, demonstrando melhor perspectiva em diminuir as filas à espera por uma córnea. Portanto, a disparidade entre a intenção em doar e a doação efetiva provavelmente não é de responsabilidade única e exclusiva da recusa familiar, já que 75% dos entrevistados, nessa pesquisa, autorizaram a doação.

Isso mostra que não faltam doadores, já que 75% dos familiares efetivaram a doação das córneas dos seus parentes falecidos. E provavelmente, não exista escassez de doadores no Brasil. Isso induz que outras falhas possam ocorrer no processo de doação-transplante para que muitas doações não sejam efetivadas.

Em estudo realizado no Hospital Universitário Vall D'hebron na Espanha, foi constatado que a taxa de recusa à doação de tecidos é cerca de duas vezes maior quando comparada à doação de órgãos. Isso, possivelmente ocorre devido à falta de conhecimento sobre doação tecidual e devido à população estudada desconhecer o benefício dos transplantes de partes do corpo na melhoria na qualidade de vida de quem recebe o tecido. (PONT, 2003)

Em nosso estudo, um aspecto relevante foi a baixa taxa de rejeição à doação, onde 86% dos entrevistados doariam algum de seus órgãos ou tecidos e 85% doariam suas córneas. Portanto, apenas dois (1%) dos entrevistados que se diziam doadores não doariam suas próprias córneas. Isso sugere que não exista diferença entre a decisão em doar órgãos em geral ou córneas, demonstrando aspecto positivo em relação ao desejo em ser doador de córnea da população estudada.

O Brasil apresenta uma grande diversidade entre suas regiões e estados em relação aos sistemas de procura de órgãos e tecidos, número de doadores por milhão de população e número de transplantes realizados. Nas regiões Sul e sudeste, o percentual de transplantes realizados é muito maior e a equipe de procura de órgãos e tecidos muito mais organizada quando comparada as regiões norte e nordeste. (DUTRA, 2004, ABTO)

Ao referir a taxa de doadores de córneas por milhão de população, o Brasil apresenta uma taxa de 72,8 doadores de córneas pmp, valor ainda baixo quando o ideal seria uma taxa em torno de 90 pmp. Apesar disso, em 2008, pela primeira vez, quatro estados conseguiram zerar a fila de transplante e apresentaram taxa superior a ideal. O estado de São Paulo se destacou com taxa de 153 doadores pmp, seguidos de Distrito Federal (143 pmp), Minas Gerais (102 pmp) e Paraná (97 pmp). (ABTO, 2008)

O Brasil apresenta também diferenças sócio-culturais entre suas regiões. As regiões Sul e Sudeste são as que apresentam maior nível de escolaridade quando comparadas com as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. (IBGE, 2000) Segundo Daar, características demográficas, socioculturais, econômicas e religiosas de determinada população podem relacionar-se a uma maior ou menor taxa de doadores pmp. Autores já vêm associando variáveis como idade, sexo, estado civil, entre outros. (DAAR, 1998; ROHANINEJAD, 2002)

A maioria dos autores coincide em afirmar que a conduta em ser doador ou ter uma atitude favorável a doação, não está atribuída ao sexo do indivíduo. Apesar de não haver diferenças significativas entre o sexo masculino e o feminino, de uma forma geral

a balança se inclina para este último. (BASU, 1989; CONESA, 2003; SIMINOFF, 1995; RÍOS, 2005; LEWIS, 1987; PERKINS, 1987)

Em nosso estudo foi encontrado que 75% dos homens e 75% das mulheres entrevistadas permitiram a doação da córnea do seu parente falecido, não mostrando diferença estatística entre eles ($p=1,0$). Da mesma forma quando associados o desejo em ser um futuro doador e a variável gênero, também não foi encontrada correlação significativa ($p=0,0703$), apesar de haver certa tendência para as mulheres desejarem ser mais doadoras das suas próprias córneas (91% doariam suas próprias córneas contra 82% dos homens).

Martinez (MARTINEZ, 1995), estudando uma população espanhola, encontrou que indivíduos mais jovens possuíam atitude mais favorável em relação à doação dos seus próprios órgãos, apesar de Roels mostrar o contrário. (ROELS, 1997)

Acredita-se que os idosos possuam atitude mais negativa a doação, talvez devido uma maior dificuldade em aceitar o diagnóstico de morte cerebral, achar que são muitos velhos para doar, ou por possuírem menor conhecimento sobre o tema doação. (SIMINOFF, 2001)

Em 1988, em estudo realizado em Andalucia-Espanha comprovou-se que cerca de 63% das pessoas com faixa etária dos 16 aos 30 anos eram doadores contra apenas 7% das pessoas maiores que 50 anos. Conesa (2003, 2006) também identificou essa tendência dos mais jovens serem mais favorável a doação. (CONESA, 2003; CONESA, 2006)

Apesar da literatura (CONESA, 2003; RÍOS, 2005; FRUTOS, 1992) tender a demonstrar que os jovens em comparação às pessoas de mais idade, possuem uma visão mais favorável em relação à doação, essa correlação não foi encontrada em nossa pesquisa. Os familiares responsáveis pela doação menores que 31 anos se diziam menos doadores de suas próprias córneas quando comparados aos maiores de 31 anos ($p=0,0287$). Quando avaliado influência da idade com a autorização a doação, não houve correlação estatística. ($p=0,5027$) Portanto, campanhas direcionadas a jovens, incentivando a doação é necessária, vislumbrando um futuro melhor de doações.

Estudos também já relataram tendência dos viúvos, separados ou divorciados em ser mais favoráveis à doação quando comparados com os solteiros ou casados. (BASU, 1989) Já outros não encontraram relação entre o estado civil e a tendência em doar ou ser doador. (RÍOS, 2005)

Em nosso estudo foi encontrado relação significativa entre o estado civil e a doação de córneas. Os solteiros, divorciados ou separados autorizaram mais significativamente a doação de córneas quando comparados com os casados e viúvos. Noventa e dois por cento dos solteiros entrevistados e noventa por cento dos divorciados ou separados autorizaram a doação contra cerca de 66% dos casados ou viúvos. ($p=0,0032$) Apesar dessa correlação, não foi encontrado correlação estatística entre o estado civil e o desejo em ser futuro doador entre os entrevistados.

A região Sudeste apresenta um dos menores índices de analfabetismo do país (em torno de 7%). Tendo o estado de São Paulo com um dos maiores percentuais populacionais de pessoas em nível universitário (cerca de 20%). (OLIVEIRA, 2003) Em

nosso estudo não se detectou nenhum analfabeto, apesar de 5% (GARCIA, 2000) dos entrevistados possuíam formação apenas até a 3 a. série do ensino fundamental (semi-alfabetizados). Já o percentual de entrevistados com nível superior de escolaridade foi alto (33%) apesar de 80% terem nível universitário incompleto.

Estudos têm mostrado que baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico têm sido os principais fatores associados à menor frequência de intenção em doar. (PROTTAS, 1991; BOULWARE, 2002; MANINENN, 1985) Portanto, o baixo nível escolar de uma população pode influenciar no número de doadores desta população

O indivíduo com baixa escolaridade apresenta déficits de conhecimento sobre o assunto doação, dificuldades na interpretação de novas informações recebidas, desconfiança no sistema de saúde, dificuldade no entendimento de informações, visão distorcida sobre o processo doação – transplante, entre outras. (ROZA, 2002)

Variáveis como grau de escolaridade e nível sócio-econômico geralmente estão correlacionadas, pois uma população com nível sócio-econômico mais elevado geralmente possuem maior grau de escolaridade. Quantificar em que nível sócioeconômico determinada população se encontra não é tarefa fácil, devido à dificuldade em adquirir dados verídicos do ganho financeiro dos entrevistados, como também dificuldade em escalonar tipos de profissões em degraus ascendente ou descendente de nível econômico. Essa é uma das limitações do nosso estudo, já que não foi possível identificar o nível social dos entrevistados.

Como na literatura, nosso estudo mostrou correlação entre o nível de escolaridade e a intenção em ser um futuro doador de córneas ($p=0,0222$). Cerca de 95% dos entrevistados que possuíam nível superior incompleto ou completo diziam-se futuros doadores contra 77% dos entrevistados de nível médio que se dizia com a mesma intenção. Isso induz associar que quanto maior o nível de escolaridade maior a tendência em ser um futuro doador de córneas.

Entretanto, não houve correlação entre o nível de escolaridade e a prevalência em autorizar a doação de córneas ($p=0,4986$). Demonstrando que o grau de escolaridade não influenciou na efetivação da doação. E provavelmente, um maior nível de escolaridade do entrevistado tenha o induzido a respostas mais solidárias em considerar uma futura doação como positiva, mas no momento da autorização a doação esse grau superior de escolaridade não influenciou em permitir a doação.

Acredito que o elevado percentual de doadores conseguidos em nosso estudo foi devido especialmente a uma abordagem familiar consistente e organizada durante a realização do estudo. A utilização, na pesquisa, de um técnico com experiência em abordagem familiar foi fundamental para o sucesso da entrevista. Até então, O HC Unicamp nunca tinha se utilizado de um técnico treinado para abordagem de familiares para doação de córneas.

Segundo o Banco de Olhos do HC Unicamp, a média de doações e captações de córneas de pacientes falecidos dentro do HC até o ano de 2005 era de 35 por ano. Em 2006, ano da realização da pesquisa, esse número disparou para 204 doações de córneas por ano. (seis vezes mais em relação a médias anteriores) A partir de 2007, após dispensa

do técnico do HC Unicamp, o número de captações de córneas voltou a diminuir, com apenas 110 doações realizadas (queda de 50%).

Esses dados podem ser considerados um indicativo que talvez o baixo percentual de doações de córneas no HC-Unicamp até então, estivesse relacionado mais a falha na abordagem e organização do Hospital em contactar a equipe de abordagem e familiares responsáveis pela autorização a doação do que a recusa familiar ou outros fatores, explicando o representativo aumento de doações ocorridas durante a realização da pesquisa.

Acredito que a abordagem ineficiente pode ser considerada um dos grandes impasses para melhoria do número de doadores em nosso país como também a dificuldade em encontrar pessoas qualificadas para esse tipo de serviço, impossibilitando a formação de equipes de procura de órgãos e tecidos nos hospitais credenciados.

Para Frutos, um dos passos mais importantes para uma melhoria no número de doações é a melhoria do processo de abordagem, onde a entrevista tem que ser um processo planejado e treinado, realizada de forma particular, cuidadosa, em momento adequado, com boa escolha do familiar que será o responsável pela autorização a doação, entre outras. (FRUTOS, 2002)

O conhecimento adquirido sobre doação é de fundamental importância. Sujeitos com alto nível de educação têm atitude mais favorável em relação à ciência e a medicina, e especificamente, mais atitude favorável a doação. (PERKINS, 1987)

A falta de conhecimento sobre o assunto doação de órgãos e tecidos pode ser considerado um dos principais motivos para escassez de doadores. Em estudo realizado na Universidade Federal da Bahia com estudantes de medicina foi identificado que apesar dos estudantes terem uma atitude positiva em relação à doação, eles necessitavam de mais informação e educação sobre o assunto. O conhecimento sobre quais órgãos poderiam ser transplantados e o conceito de morte cerebral era baixo. No que diz respeito à lei que rege o transplante no Brasil, apenas 1,7 % deles conheciam em detalhes. (DUTRA, 2004)

O conhecimento sobre o assunto doação e transplante pode influenciar na atitude em doar ou ter a intenção em doar, não só daqueles que são potenciais doadores, mas também da equipe de saúde envolvida nesse processo. É essencial um bom conhecimento da equipe de saúde, pois ela prover informação ao público em geral nos Hospitais. (MATESANZ, 1999) A responsabilidade em instruir essa informação inicia-se nas escolas médicas de saúde, onde alunos bem instruídos propagarão essa informação nos seus ambientes de trabalho, amenizando a falta de informação da população em geral que frequenta hospitais e clínicas. (AMARAL, 2002)

Acredita-se que uma população mais bem informada tenderá a doar mais. (MARTÍN, 1991) Em nosso estudo, foi constatado que os indivíduos que não possuíam conhecimento sobre o assunto doação de córnea apresentaram menor percentual de autorizações à doação de córneas ($p=0,0040$), onde apenas 42% autorizaram a doação, contra taxas acima de 75% de autorização a doação àqueles que apresentavam alguma informação sobre doação, independente de se considerar tendo muito ou pouco

conhecimento sobre o assunto. Isso mostra a importância do conhecimento do processo doação-transplante para a melhoria no número de doações efetivadas, mesmo se o conhecimento for superficial. Daí a importância de campanhas educativas a população para melhoria do quadro atual.

Não foi encontrado em nossa pesquisa significância entre o nível de conhecimento sobre doação e o desejo em ser futuro doador de córneas ($p=0,0635$), apesar de ocorrer tendência.

As escolas ou faculdades, os profissionais de saúde, a igreja e as mídias em geral podem fornecer informações e conhecimento sobre o processo de doação-transplante a sociedade, mas sem dúvida as mídias (televisão, rádio, revistas, etc.) possuem impacto importante, devido sua abrangência e facilidade de acesso a população em geral.

As escolas e faculdades são importantes meios de informação e cultura geral de uma determinada população. Espera-se que as escolas e universidades forneçam a informação básica necessária para formação geral do indivíduo. Entretanto, em nosso estudo não houve diferença estatística entre os doadores que receberam informação sobre doação numa instituição educacional ou não. ($p= 1,0$) Demonstrando uma falha na educação à doação em nossas escolas e universidades.

Os meios de comunicação também podem incentivar a doação e transplante, gerando impacto na atitude da sociedade em relação à doação. (RADECKI, 1997) Muitas pessoas podem não possuírem experiência pessoal com doação de órgão ou tecidos e incentivados pelas mídias podem aumentar seu conhecimento e desmistificar

certos conceitos errôneos que possuam. Além disso, programas que mostrem pessoas que conviveram com o processo doação e transplante podem gerar impacto positivo a sociedade. (RUNSEY, 2003) Ouvir e conversar com pessoas que possuem experiência em transplante ou doação pode também desmistificar o processo e eliminar medos.

Em nossa pesquisa identificamos que entre as mídias estudadas, a TV e o rádio são os recursos áudio-visuais mais importantes no processo de informação sobre doação. Entre os entrevistados foi detectado que 79% dos que receberam informação pela TV sobre doação e 93% pelo rádio, permitiram a doação das córneas do parente falecido. ($p=0,0084$ e $0,0070$, respectivamente)

Além dessas mídias, a revista foi considerada importante fonte de informação para os que se diziam futuros doadores de córneas, já que 92 % dos que se diziam futuros doadores tinham a revista como meio de obtenção de informação sobre doação e transplante ($p=0,0063$).

Portanto, essas mídias devem ser usadas para promover a doação de córneas, entretanto o tipo de informação a ser aplicada deve ser cuidadosamente desenhada com finalidade de transmitir uma mensagem clara, objetiva e sem falhas. (GARCIA, 1997)

Na Espanha acredita-se que cerca de 5 a 10 % das propagandas e programas informativos levam uma mensagem negativa ou controversa sobre a doação, daí o cuidado meticuloso na transmissão de informação. (GARCIA, 1997; WEBER, 1999) Na Alemanha em 1992 ocorreu uma estagnação e diminuição no número de doações em

parte devido a um impacto negativo de uma reportagem televisiva apresentada entre 1992 e 1997. (GARCIA, 1997)

Acredita-se que 72 % da população americana obtêm informações sobre transplante através das mídias. Este percentual da população não tem um conhecimento aprofundado sobre esse assunto devido às mídias apresentarem somente informações superficiais e rápidas. Elas buscam mais notícias sensacionalistas do que propostas educacionais de informação. Daí o risco da influencia negativa caso a informação não seja bem estruturada. (GARCIA, 1997)

No Brasil, existe um bom exemplo do poder que a mídia tem em influenciar negativamente. Em março de 1987 foi noticiado que órgãos foram doados e retirados antes de acontecer a morte cerebral dos pacientes e esses órgãos foram vendidos para outro hospital de São Paulo. A policia e o Conselho Regional de Medicina (CRM) não encontraram nenhuma evidência a respeito do que se tinha noticiado, entretanto a taxa de doações diminuiu drasticamente após esse acontecimento. (GARCIA, 1997)

Não existem razões para acreditar que discussões polêmicas em relação ao transplante sejam criadas pelos jornalistas exclusivamente para promover escândalos ou sensacionalismo. Algumas dessas reportagens, como a de crianças desaparecidas para serem levadas para países desenvolvidos onde lá serão retirados seus órgãos não são verdadeiras e devem ser revertida. Esses rumores já fizeram enormes danos a prática da doação altruística em todo o mundo. (GARCIA, 1997)

Portanto, muitos desses assuntos relacionados a doação e transplante são muito delicados e se não corretamente abordados, podem levar a um efeito catastrófico na taxa de doações.

É necessária para melhoria no número de doações, uma educação continuada do público em geral através de assuntos relevantes à melhoria do conhecimento da população sobre doação. E as mídias são alicerces fundamentais nesse processo.

Encontros periódicos com jornalistas, experts em comunicação e líderes e formadores de opinião em transplante são fundamentais para educar e influenciar positivamente os jornalistas que transmitem a mensagem para população em geral. Nesses encontros muitos conceitos erroneamente fixados devem ser desmistificados.

Enfim, a mídia tem a responsabilidade de promover a doação e os profissionais da saúde a obrigação de manter a mídia bem informada e orientada sobre o processo de doação e transplante, com finalidade de melhorar o conhecimento da população sobre doação e transplante.

Em nosso estudo foi observado que a conversa entre os familiares e amigos sobre o assunto doação influenciou positivamente a doação. Noventa e sete por cento dos entrevistados que já tinham conversado sobre esse assunto se diziam futuros doadores contra 82% dos que nunca tinham conversado sobre o tema com seus familiares. ($p=0,0128$) Essa conversa não influenciou estatisticamente na autorização a doação. ($p=0,3105$)

Alguns estudos referem que o fato de saber o desejo do familiar falecido em ser doador ou não, pode influenciar na decisão do familiar em autorizar ou não a doação. (YEUNG, 2000; PROTTAS, 1991; SIMINOFF, 2001; GUADAGNOLI, 1999) Informar a família o seu desejo em ser um doador encoraja a discussão do assunto entre os parentes, na qual aparece na literatura como um dos principais meios para diminuir a recusa familiar.(PÉREZ, 1993)

Nos Estados Unidos, foi identificado que 52% dos americanos já tinham comunicado o seu desejo em ser futuro doador ou não aos seus familiares. (GUADAGNOLI, 1999) Percentual bem superior ao encontrado em Hong Kong, onde somente 33% tinham comunicado (YEUNG, 2000) e valor bem semelhante ao encontrado em nosso estudo, onde cerca de 58% sabiam o desejo do familiar .

Quando perguntados sobre as razões para autorizar ou não a doação foi observado que Em torno de 24% autorizaram a doação das córneas do seu parente por saberem a intenção em doar do falecido. E cerca de 20% não autorizaram por saberem da opinião negativa do parente. Apesar dessa aparente associação positiva, não houve correlação significativa entre o desejo prévio do falecido em doar e a autorização a doação. ($p=0,0623$)

Tendo em vista, que no Brasil, a legislação exige a autorização da família para a doação de órgãos e tecidos de cadáver, medidas educacionais devem ser implementadas para que se estimule a discussão do tema com os membros da família. Os indivíduos com intenção de doar devem ser encorajados a informar esta decisão a seus familiares.

Portanto, pesquisas continuam a mostrar que o público é a favor da doação. Algumas pesquisas mostram que os familiares responsáveis pela doação são mais predispostos a doar quando sabem o desejo do falecido em relação à doação. (BATTEN, 1987) Entretanto, muitas vezes os familiares desconhecem o desejo em doar do falecido e são forçados a decidir na ausência dessa informação.

Nesta pesquisa foi constatado que 42% dos familiares responsáveis não sabiam o desejo do familiar em relação à doação. Logo, mais da metade da população estudada não sabia o desejo do falecido em ser doador ou não. Isso demonstra a importância de campanhas educativas incentivando a discussão sobre o tema na família.

Doar sangue ou colaborar com alguma atividade prosocial são fatores geralmente relacionados à atitude favorável a doação, especialmente em relação ao público em geral. (RÍOS, 2005) O ato de doar sangue e colaborar com alguma atividade voluntária sem remuneração são outros fatores relacionados à atitude a favor da doação. Acredita-se que a população em geral que possui essa atitude tendem a ser mais favorável a doação. (CONESA, 2003)

Em nosso estudo observou-se que entre os doadores de sangue, 95% deles se diziam futuros doadores contra apenas 80% daqueles que não eram doadores de sangue ($p=0,0115$). Confirmando que a atitude em doar sangue se correlaciona com uma atitude mais positiva em doar. Entretanto, essa atitude não foi associada a uma atitude mais positiva em autorizar a doação das córneas do parente falecido ($p=0.1243$).

Este estudo mostrou também que indivíduos que participaram ou participam de atividades voluntárias tenderam a autorizar mais a doação das córneas de seus familiares ($p=0,0006$). Viu-se que cerca de 87% dos que participam de atividades prossociais autorizaram a doação contra apenas 65% dos que não participavam de atividades voluntárias. Isso mostra que atitudes altruísticas pode se correlacionar a uma intenção mais positiva a favor da doação. Essa associação não foi encontrada quando pesquisada a intenção em ser um futuro doador ($p=0,1002$)

A experiência com doação de órgãos ou tecidos e transplante é um dos fatores que tem muito ajudado a promover a doação. Essa experiência leva a um incentivo social a doação. Acredita-se que pessoas que passaram pelo drama à espera por um órgão ou tecido, que foram transplantados ou doadores de órgãos ou tecidos, conhecem mais profundamente detalhes desse processo, sendo considerados encorajadores da doação. (MARTINEZ, 2001)

Em nossa pesquisa, o fato do entrevistado ser transplantado, conhecer alguém que recebeu um transplante ou conhecer alguém que doou córnea não mostrou associação significativa com a intenção ($p=0,6032$, $0,0821$ e $0,1364$ respectivamente) ou autorização a doação ($p= 0,6816$, $0,1008$ e $0,2473$ respectivamente). Essa não significância pode ter sido influenciada devido ao pequeno número de pessoas com essas prévias experiências.

Segundo o censo demográfico brasileiro de 2000, o Brasil é um país religioso e de maioria católica (74%). Os protestantes somam 15% e os sem religião 7%. (IBGE, 2000) Esses dados foram confirmados em nosso estudo, onde 97% possuíam alguma religião e

73% consideravam-se religiosos praticantes. Os católicos representavam a maioria dos entrevistados com 79% seguidos dos protestantes com 18%.

A religião é comumente citada como barreira à doação, apesar de muitos cleros serem a favor. Acredita-se que a religião contribua para a omissão ou desencorajamento de doações e um dos motivos relacionados a isso poderia ser a doutrina da ressurreição, onde o corpo deve permanecer intacto após a morte. (GIMBELL, 2003) Portanto, a mutilação do corpo a qual envolve o processo de retirada de órgãos ou tecidos feriria esta doutrina.

O respeito conferido ao corpo do morto é uma característica inerente a todas as crenças religiosas (e códigos morais seculares). Perder o respeito pelo corpo morto é considerado um desrespeito a esta pessoa. Tendo o corpo a simbologia da memória da vida passada que deve ser guardada. (LAMB, 2000)

Acredita-se que crenças religiosas possam influenciar na visão de um indivíduo sobre doação órgãos e tecidos. Historicamente, algumas religiões tem sido resistentes a doação. A tradicional doutrina Judaica acreditava que retirar um órgão ou tecido de um cadáver era uma atitude de blasfêmia e desrespeito a imagem de Deus. Entretanto, nos dias atuais, a fé Judaica permite tal atitude caso a retirada de órgão ou tecido tenham finalidade de ajudar um doente necessitado. Portanto, a atitude altruística em ajudar o próximo é vista como benéfica a sociedade e permitida pela fé Judaica. (BASU, 1989)

Outras religiões como a católica e a protestante passaram por similares alterações. A Igreja Católica via a doação como uma atitude de desrespeito e mutilação do corpo

humano. Hoje, ver a doação como um ato de caridade àqueles que esperam por um órgão ou tecido para sobreviverem e/ou melhorarem sua qualidade de vida. Já os protestantes tinham a falsa noção que o corpo deveria estar intacto para o sucesso da ressurreição do indivíduo falecido. (WEISS, 1988)

Nos dias atuais, a única instituição religiosa que ainda apresenta resistência a doação são os testemunhas de Jeová. Segundo sua doutrina, a prática de transplantes sempre foi um ato condenável e proibido. Apesar desse pensamento, atualmente existem subdivisões dentro dessa entidade que aceita a prática do transplante com finalidade de ajudar o próximo. (CASEY, 1984)

Portanto, a grande maioria das religiões valoriza gestos e atitudes altruísticas, e atos de generosidade aqueles que necessitam. Segundo Basu e col., esses desejos altruísticos somam em torno de 20% dos motivos para ser doador, dentro de inúmeras outras razões. Claramente, as religiões podem atuar como incentivadores de atos de generosidade e doação. (BASU, 1989)

A maioria dos entrevistados nesta pesquisa se mostrava religiosos e praticantes, onde 87% dos entrevistados informaram que sua religião não influenciava em sua opinião de aceitar ou rejeitar a doação. Entretanto, a religião influenciou na decisão final em ser doador ou não. Foi constatado que indivíduos católicos ou sem religião doaram de forma mais significativa as córneas de seus parentes falecidos quando comparados com os protestantes ($p= 0,0026$).

Apesar da maioria dos religiosos se dizerem católicos ou protestantes praticantes, a maioria (56%) deles não sabia informar se sua religião era a favor ou contra a doação de córneas. Isso demonstra a falta de conhecimento dos fiéis ou desinteresse das religiões em informar sua opinião a respeito do processo doação–transplante.

Além disso, foi mostrado que os indivíduos que sabiam que sua religião era a favor da doação autorizaram mais a doação quando comparados com aqueles que sabiam que sua religião era contra ou mesmo entre aqueles que desconheciam a opinião de sua religião sobre o assunto ($p= 0,0005$). Isso demonstra que a religião pode ser formadora de opinião em relação à doação de córnea e certa influência da religião sobre os indivíduos, apesar dos entrevistados se dizerem não influenciados pela religião.

Os católicos e os sem religião também se diziam mais futuros doadores de córneas quando comparados aos protestantes. ($p=0,0458$) E o fato de saber a opinião da sua religião quanto à favorabilidade ou não a doação também foi significativa na decisão final em ser futuro doador ou não, respectivamente. ($p= 0,0018$)

De forma geral, nesses grupos religiosos, esforços para aumentar a intenção de doar, devem ser baseados em medidas educativas, com o envolvimento dos líderes religiosos comunitários, mostrando a real posição de suas religiões quanto à atitude em doar.

Os seres humanos são a única espécie a manifestar respeito moral pelos mortos; a única espécie a dispor os mortos de forma sistemática, e a única a dar um significado a morte. Assim, na maioria das religiões, o significado da morte está ligado a noções de

uma vida posterior ou alguma forma de continuação da existência. Mas seja qual for o significado que se tem dado a morte, esta foi aceita como questão empírica, não exigindo definição precisa. (LAMB, 2000)

A morte pode ter vários significados para diferentes pessoas, daí a dificuldade moral de se conseguir a autorização a doação. A aceitação a doação de um órgão ou tecido, gera além de um benefício a quem recebe, gera mudanças nos hábitos da família que doa, pois esse ato leva mudanças nos hábitos e rituais religiosos da família doadora, já que para retirar órgãos ou tecidos leva algum tempo. (SADALA, 2001)

O ritual fúnebre e o funeral expressam a perda e o respeito ao falecido. E este sofrimento pode ser exacerbado com os procedimentos de remoção de órgãos e tecidos. Isto pode explicar a maior taxa de doação de órgãos quando comparada a de tecidos, pelo temor a desfiguração do corpo após a retirada de córneas, apesar de que em nosso estudo não ter sido confirmado diferenças em doação de órgão em geral ou córneas. Existe, portanto, uma evidente desinformação da população sobre o procedimento de retirada de córneas. (MAY, 2000)

Esses questionamentos quanto à integridade do corpo após a morte podem referir associações entre o desejo em doar e a religião. Trabalhos futuros são necessários para esclarecer quais as más-percepções transmitidas pelas religiões que podem interferir para melhorar o recrutamento de futuros doadores. (ROZA, 2002)

O medo na manipulação do corpo é outro fator que pode dificultar a doação. Vários autores têm mostrado correlação negativa entre o medo da manipulação do corpo

e a doação. Indivíduos têm atitude desfavorável a doação quando possuem medo da desfiguração do corpo após a doação, preferindo o corpo intacto pós morte.(MARTÍNÉZ, 2001; FRUTOS, 2005)

Em nosso estudo foi observado que 40% dos entrevistados que eram contra a doação de suas córneas, rejeitavam a idéia do corpo ser mutilado. Isso demonstra desinformação por parte da população a respeito de detalhes que envolvem a retirada das córneas.

Segundo Cantarovich, modificar atitudes em relação à morte não é fácil. Informações convincentes e bem planejadas são necessárias para uma mudança de comportamento. A principal questão é, por que o ser humano nega a eles próprios uma chance de vida com a utilização dos próprios órgãos ou tecidos após a morte. Provavelmente a resposta esta na desinformação e no medo. A crença em condutas primitivas, como a dos Egípcios que acreditavam na necessidade da preservação do corpo após a morte; a incredibilidade em novos conceitos como o de morte cerebral; e a desinformação em geral sobre doação pode influenciar nesse tipo de atitude. (CANTAROVICH, 2002)

Pesquisadores vêm tentando identificar as principais razões relacionadas com a aceitação ou rejeição à doação de córneas. Entre essas razões são citadas: oposição do falecido a doação, ignorar o desejo do falecido, incompreensão ou não aceitação da morte do falecido, insatisfação com a atenção médica recebida, problemas culturais e religiosos, entre outros. (MARTÍNÉZ, 2001)

Estudo realizado por Martinez (110), sobre a opinião pública espanhola frente à doação e o transplante de órgãos e tecidos, mostrou que as razões expressas para não ser feita a doação foram: “medo da possibilidade de uma morte apenas aparente” (24%), “desagrado frente à idéia de mutilação do corpo do falecido” (11%), “crença que os mortos devem ser deixados em paz” (5,6%) e motivos religiosos (3%).

Outros motivos de recusa familiar da doação de órgãos e tecidos, apresentados em alguns estudos, estão relacionados a falta de compreensão do conceito de morte encefálica, recusa em vida do falecido, desconhecimento do desejo do falecido, apego ao corpo, falta de consenso familiar e insatisfação com a assistência oferecida ao potencial doador. (FRUTOS, 2004)

Entre as variáveis que envolvem a decisão familiar, as características do falecido têm sido identificadas como fator chave no processo do consentimento. De fato, a expressão em vida do desejo do falecido a cerca da doação tem sido repetidamente associado a fator preditivo na decisão familiar. Quando o desejo do falecido é conhecido, a decisão familiar é tipicamente consistente a favor dela. Pelo contrário, quando o desejo é desconhecido, a decisão dos parentes é largamente influenciada por variáveis contextuais e pessoais. (MARTINEZ, 2001)

Diversas são as razões identificadas na literatura que estimulam a população em ser a favor doação. (BASU, 1989) Acredita-se que experiência pessoal com o processo de doação ou transplante, visão altruística; experiência impessoal sobre resultados cirúrgicos atuais e a chance de ser imortal possam estar relacionadas a motivação em ser doador.

Em pesquisa realizada por Basu, foi identificado que pessoas que possuíam experiência com o processo doação-transplante na família ou amigos próximos, diziam que eram doadores, como forma de retribuir algo que já fizeram de bem por sua família ou amigos próximo. Portanto, a reciprocidade por caridade efetuada aos seus conhecidos e os bons resultados cirúrgicos (transplante) que ouviram falar, os incentivaram a ser a favor a doação. (BASU, 1989) Da mesma forma, em nosso estudo, esse aspecto também foi constatado onde 20% dos entrevistados eram doadores de córneas por este mesmo motivo.

Não são somente experiências pessoais que podem favorecer um indivíduo a ser um futuro doador. (BASU, 1989) As mídias como já relatado podem favorecer esse desejo, mostrando experiências de famílias que sofrem com a espera de uma córnea ou órgão a ser doado ou mesmo que não tiveram a sorte em conseguir a tempo o órgão esperado que pudesse manter a vida de seu parente. Em nosso estudo, apenas 9% dos entrevistados diziam que doar é uma obrigação moral da população com aqueles que esperam por uma córnea para melhorarem sua visão, sendo costume dessas famílias em doar as córneas de seus parentes falecidos.

Outro aspecto interessante relatado foi que ser doador é uma forma de se manter vivo mesmo após a morte. Essa é uma importante razão para ser futuro doador relatado em nosso estudo. Razão essa também identificada por Basu (BASU, 1989)

Outro aspecto geralmente identificado é a visão altruística do indivíduo. Pessoas que possuem interesse em ajudar, beneficiar ou fazer algo de bom ao próximo, possuem atitude mais favorável a doação e, portanto, se consideram futuros doadores.

(BASU, 1989; CONESA, 2003), Da mesma forma, em nosso estudo, a solidariedade foi identificado em 100% dos entrevistados que se consideravam futuros doadores de córneas.

Identificar razões para não ser um doador geralmente não é bem identificado nos estudos, talvez devido os entrevistados nunca pensarem sobre o assunto antes ou mesmo por não ter uma razão consistente para tal negação. Em nosso estudo, 43% dos entrevistados que não se consideravam futuros doadores de córneas não desejaram explicar os motivos para não ser um doador, mostrando a dificuldade em saber as razões para não ser um doador.

A doação de uma córnea ou órgão em geral deveria ser um ato rotineiro na sociedade, já que só doando é que se pode ajudar a quem precisa de um transplante. Em nosso estudo foi identificado que o percentual de entrevistados que já possuíam essa rotina em sua família é bem pequena, cerca de apenas 9% dos entrevistados já possuem essa atitude.

Da mesma forma que a solidariedade é importante motivo para se doar, a reciprocidade também foi citada. Cerca de 20% dos entrevistados acreditam que doar é uma forma de retribuir algo que sua família recebeu de bem, seja por um bom tratamento da equipe médica durante a internação do seu parente falecido, seja por já ter na família alguém que já recebeu uma doação de algum órgão ou tecido anteriormente. Outro estudo utilizando-se como população alvo ex-receptores de córneas e seus familiares mais próximos seria interessante para demonstrar e identificar mudanças de atitudes pós espera por uma córnea.

Um dos motivos citados neste estudo como razão de não ser doador de córneas foi o fato de não receber nenhum benefício por esse ato (14%). Estudo recente sobre altruísmo e incentivos na doação de córneas traz a observação de que o único não beneficiado no transplante é a família do doador, portanto, o incentivo financeiro tornaria a doação provavelmente mais eqüitativa. (JASPER, 2004)

Entre os que se opõem a esse argumento, considerado não ético estão os profissionais de saúde, que consideram este ato como um suborno, enquanto um incentivo não monetário como, por exemplo, o auxílio-funerário parece ser uma recompensa interessante pelo ato da doação. (JASPER, 2004) Prottas, em estudo com familiares que consentiram a doação identificou opinião também contrária aos incentivos financeiros à doação em 85% dos entrevistados. (PROTTAS, 1992)

Apesar de praticamente todas as religiões serem a favor da doação, o aspecto religioso ainda é citado como razão para não se doar. (GALLANGER, 1996; LAMB, 2000) Visão distorcida ou desconhecimento da atitude da sua religião em relação à doação provavelmente são as razões para tal paradoxo de seus fiéis. Basu identificou que 24% dos seus entrevistados citaram que a religião e o atraso no cerimonial do funeral eram motivos para não doar. (BASU, 1989) Em nosso estudo, 7% dos entrevistados citaram que sua religião era contra a doação, e por isso, não eram doadores. Sendo esses familiares, testemunhas de Jeová. Da mesma forma, razões religiosas foram responsáveis por 2% de recusa em autorizar a doação

O medo do aspecto do corpo mutilado geralmente é encontrado entre as razões para não ser doador. Essa razão não é só influenciada pelo medo da desfiguração do

cadáver, mas também relacionada a aspectos religiosos, místicos ou supersticiosos. (PARISI E KATZ, 1986) Em nosso estudo esse aspecto foi identificado em 39% dos que se diziam não doadores.

Temor em receber um tratamento inadequado tanto em quantidade como em qualidade, medo que os médicos realizem uma extração precipitada de órgãos ou tecidos e medo de serem declarados mortos prematuramente são razões já expressas em outros estudos (PARISI, 1986; SQUE E PAYNE, 1996; PÉREZ, 1993) Em nosso estudo, 36% não se consideraram doadores de córnea devido o medo de suas córneas serem retirados antes de sua morte em definitivo. Isso demonstra não só a desconfiança na seriedade da equipe médica em geral como também o baixo conhecimento sobre o processo doação de córneas.

Quando se analisa as razões dadas por familiares para recusar o consentimento a doação, um dos principais motivos citados é o não desejo do familiar em ser doador ou a ignorância do desejo do falecido em doar. (HUNSINCKER, 1998) Em nosso estudo cerca de 20% dos entrevistados recusaram a doação por saber que o falecido era contra a doação. Como também 24% dos entrevistados autorizaram a doação por saber que o falecido gostaria de ser doador. Isso demonstra que o conhecimento do desejo prévio em ser doador do falecido pode facilitar a decisão dos seus familiares em permitir ou não a doação. Portanto, quando o desejo do falecido é conhecido, a decisão familiar é consistente em mantê-la. (HUNSINCKER, SQUE, 1996) e Campanhas que incentivem a discussão do assunto entre familiares poderão melhorar o quadro atual, já que essa discussão ainda é pouco vista nos lares brasileiros.

A visão altruística já citada também foi relatada como razão para se autorizar a doação em nosso estudo, onde 26% (36) autorizaram por acreditarem que doar é um bem que se faz ao próximo (aspecto religioso) e 87% (120) vêm autorizar por questão de solidariedade aos que precisam de uma córnea.

Acredita-se que mortes provocadas por acidentes automobilísticos, morte súbita e suicídios, ou seja, mortes repentinas, tendem a ter uma taxa maior de doações de órgãos e tecidos por parte dos familiares, pois se acredita que a doação conforta a dor dos familiares. Em nosso estudo foi identificado que 13% (18) dos entrevistados autorizaram a doação como uma forma de conformação da dor para família, uma forma de manter o ente vivo através da doação

A falta de conhecimento sobre o processo doação e o transplante ainda pode ser considerado um impedimento a melhoria nas taxas de autorização a doação. Foi identificado que 35% (16) dos familiares entrevistados não consentiram a doação das córneas do seu parente por não ter confiança na utilização realmente das córneas para fim de transplante. Campanhas de esclarecimento, mostrando dados de córnea captada e córnea transplantadas, explicando motivos da não efetivação de transplante de algumas córneas devem ser incentivadas para amenizar a recusa.

Outro aspecto identificado em nosso estudo foi que 7% (3) dos entrevistados recusaram a doação por achar que a doação iria atrasar o processo funerário do seu parente, aumentando a dor dos familiares. Estudos outros são, portanto, necessários para avaliar e comparar a diferença de tempo de atraso na liberação do corpo entre falecidos com córneas captadas e não captadas.

Este estudo apresentou algumas limitações relacionadas a algumas variáveis. Uma delas foi a quantidade pequena de pessoas entrevistadas que possuíam alguma experiência familiar prévia com transplante ou doação de córneas. Portanto, pesquisas que se utilize de uma população restrita a familiares de ex-doadores ou ex-receptores de córneas, poderia nos trazer informações adicionais relacionadas ao processo doação-transplante de córneas.

A dificuldade em quantificar a condição sócio-econômica dos entrevistados também foi outra limitação. Já que um alto nível de escolaridade nem sempre corresponde a uma melhor condição financeira do indivíduo e vice versa.

É válido salientar também que pesquisas como essa, podem ter sido influenciada por recentes reportagens na mídia, interferindo positiva ou negativamente a população estudada.

Este estudo apresentou um baixo percentual de recusa a realização da pesquisa obtido (5%), permitindo identificar diferenças demográficas, na intenção de doar córneas e ajudar no planejamento de medidas, dirigidas a grupos de indivíduos com menor intenção de doar.

A realização da pesquisa no momento da notícia do falecimento do parente, identificando, portanto a real situação para se doar ou não, e evitando viés de especulação foi outro ponto forte.

No Brasil ainda são escassos os estudos que tentam identificar fatores relacionados à recusa a doação de córneas como também estudos que analisam o

comportamento e a decisão dos familiares responsáveis pela autorização da doação no momento do recebimento da notícia da morte de seu parente.



CONCLUSÃO

7 - CONCLUSÃO

Neste estudo pudemos identificar:

1. O perfil epidemiológico dos familiares entrevistados

Os familiares entrevistados responsáveis pelo consentimento ou não a doação das córneas dos seus parentes falecidos no HC-Unicamp apresentaram idade média de 40,87 anos; maioria pertencente ao sexo masculino (60,87%); Casados (61,96%); com escolaridade de ensino fundamental (completo ou incompleto) em 35,87% dos entrevistados; e em sua maioria eram católicos (81,56%).

2. O perfil epidemiológico do familiar que autorizou a doação:

Pudemos concluir que os familiares que eram solteiros, divorciados ou separados autorizaram significativamente mais quando comparados com os casados ou viúvos($p=0,0032$). Os que se consideravam ateus ou católicos autorizaram mais a doação das córneas($p=0,0026$); quem possuía o conhecimento que sua religião era a

favor da doação autorizou mais a doação de córneas($p=0,0005$); quem possuía atitude altruística (participava de atividades prossociais, voluntárias) autorizou mais a doação ($p=0,0006$); o fato de possuir algum grau de conhecimento sobre doação (pouco, mais ou menos, ou muito conhecimento) foi suficiente para permitir maior autorização a doação quando comparados com os que não tinham conhecimento algum sobre o assunto($p=0,0040$); e a informação sobre doação obtida pela TV ou rádio foi mais significativa em permitir a doação quando comparadas com outras mídias ($p=0,0084$ e $p=0,0070$, respectivamente)

3. O perfil epidemiológico do familiar que recusou a doação de córneas:

Os casados ou viúvos ($p=0,0032$); protestantes($p=0,0026$); que sabiam que a religião era contra a doação de córneas ($p=0,0005$); que não possuíam atitude altruística (nunca tinham trabalhado em atividades voluntárias- $p=0,0006$); que não obtiveram informações sobre doação e transplante através da TV($p=0,0084$) ou rádio($p=0,0070$) tenderam a recusar mais a autorização a doação de córneas do seu parente falecido

4. O perfil epidemiológico do familiar que se considerava futuro doador de córneas:

Os familiares de faixa etária superior a 31 anos ($p=0,0287$), com escolaridade de nível superior incompleto ou completo($p= 0,0222$), católicos ou ateus ($p=0,0458$), que sabiam que sua religião era a favor da doação($p=0,0018$), que obtiveram informação sobre doação através de revistas($p=0,0063$) ou conversa com amigos($p=0,0128$) e que eram doadores de sangue($p=0,0115$), consideravam-se mais futuros doadores de suas próprias córneas.

5. O perfil epidemiológico do familiar que não se considerava um futuro doador de córneas:

Os familiares mais jovens (com idade inferior a 31 anos- $p=0,0287$), que não possuíam nível superior de escolaridade ($p= 0,0222$), protestantes($p=0,0458$), que sabiam que sua religião não era a favor a doação ($p=0,0018$), que não obtiveram informação sobre doação através de revistas ($p=0,0063$) ou conversa com amigos ($p=0,0128$) e que não eram doadores de sangue ($p=0,0115$), tenderam a recusarem mais a ser futuros doadores de córneas.

6. Razões para ser futuro doador de córneas

- Solidariedade às pessoas que estão à espera de uma córnea (100%);
- Por reciprocidade, uma forma de retribuir algo que já fizeram de bem por sua família (20%);
- Forma de permanecer vivo mesmo após a morte (11%); e
- Obrigação moral e costume familiar em doar (9%).

7. Razões para não ser futuro doador de córneas

- Rejeitar a idéia do corpo mutilado (39%);
- Medo de retirar as córneas antes da morte definitiva (36%);
- Não receber nenhum incentivo financeiro para doar (14%);
- Religião não permite a doação (7%); e
- Não desejou explicar os motivos (43%)

8. Razões para autorizar a doação de córneas do parente falecido

- Por solidariedade a quem precisa de uma córnea para voltar a enxergar (87%);
- Doar é um bem que se faz ao próximo (26%);
- Sabiam que familiar falecido desejava ser doador (24%); e
- Conforto ao momento de dor que a família vivia (13%)

9. Razões para recusar a doação de córneas do parente falecido

- Não ter confiança na utilização da córnea (35%);
- O parente falecido não desejava ser doador (20%);
- O processo de doação é lento e aumenta o sofrimento dos familiares que esperam a liberação do corpo (7%); e
- Não doaram por razões religiosas (2%)



ANÁLISE ESTATÍSTICA

8- ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises estatísticas dos resultados desta pesquisa foram feitas através de métodos de estatística descritiva e indutiva. Realizada por especialista em estatística em saúde e sob a orientação e sugestões do autor da pesquisa

Foram feitas análises descritivas com apresentação de dados que representam as frequências para variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão (desvio padrão) para variáveis contínuas.

Quando necessário foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para verificar associação ou comparar proporções de variáveis nominais.

Para comparação de medidas contínuas ou ordenáveis entre 2 grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Wilcoxon Rank Sum). Entre 3 grupos com variáveis contínuas foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância atribuído foi de 5%. Desta forma, foi considerado associação estatisticamente significante valor de p menor que 0,05.



BIBLIOGRAFIA

9- BIBLIOGRAFIA

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. Dados obtidos de 1998 a 2008 [Acesso em março 2008]. Disponível em: URL:<http://www.abto.org.br>.

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes 2000. [Acesso em março de 2006] Disponível em: URL: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/lista.aspx>

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes 2001. [Acesso em março de 2006] Disponível em: URL: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/lista.aspx>

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes 2007. [Acesso em outubro de 2007] Disponível em: URL: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/anoXIII_n2/index.aspx

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes 2009. [Acesso em janeiro de 2009] Disponível em: URL: [http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/mensagemRestrita.aspx?idCategoria=2,](http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/mensagemRestrita.aspx?idCategoria=2)

Albert DM, Edwards DD. The history of ophthalmology. Massachussets: Blackwell Science; 1996.

Alcântara L. Doação de órgãos: a lei da vida. Brasília: Senado Federal; 1998, 78p.

Amaral AS, Roza BA, Galvão FH, Jardim KM, Medina-Pestana JO. Knowledge of organ donation among one group of Brazilian professors of medicine. Transplant Proc. 2002 Mar;34(1):449-50.

Associação Pan-Americana de Banco de Olhos APABO. [Acesso janeiro em 2008]. Disponível em: URL: [http://www.portaldaoftalmologia.com.br /home/ noticias.asp?cod=287](http://www.portaldaoftalmologia.com.br/home/noticias.asp?cod=287).

Barcellos FC, Araújo CL, Costa JD. Organ donation: a population-based study. Clin Transplant. 2005 Feb;19(1):33-7.

Barkan L. Cosmas and Damian: of medicine, miracles and economies of the body. In: Youngner SJ, Fox RC, O'Connell LF (Eds.). Organ transplantation: meanings and realities. Madison. The University of Wisconsin Press; 1996. p.220-51.

Batten HL, Prottas JM. Kind Strangers: the families of organ donors. Health Aff (Millwood). 1987 Summer;6(2):35-47.

Basu PK, Hazariwala KM, Chipman ML. Public attitudes toward donation of body parts, particularly the eye. Can J Ophthalmol. 1989 Aug;24(5):216-20.

Bhandari M, Tewari A. Is transplantation only 100 years old? Br J Urol. 1997 Apr;79(4):495-8.

Boulware LE, Ratner LE, Sosa JA, Cooper LA, LaVeist TA, Powe NR. Determinants of willingness to donate living related and cadaveric organs: identifying opportunities for intervention. Transplantation. 2002 May 27;73(10):1683-91.

Brasil. Lei nº 8.489 de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. [texto na Internet]. Diário da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF);1992 nov 18 [Acesso em junho de 2008] Disponível em: URL:<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/127766/lei-8489-92>

Brasil. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. [texto na Internet]. Diário Oficial da republica federativa do Brasil, Brasília (DF); 1997 fev 4 [Acesso em junho de 2008]. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9434.htm.

Brasil. Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências [texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1997 jun 30 [Acesso em fevereiro de 2004]. Disponível em: URL:

http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Decreto_2268_de_30_06_1997.

Brasil. Ministério da Saúde. SAS. Relatório de Gestão de Assistência à Saúde 1998/2001. In: SAS, 2. ed. Ministério da Saúde; 2002. p. 220.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. [Acesso em abril de 2006]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/transplantes>

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema nacional de transplantes. [Acesso em fevereiro de 2006] Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/>; <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm>, 2001.

Calne RY. Inhibition of the rejection of renal homografts in dogs by purine analogues. Transpl Bull. 1961 Oct;28:65-81.

Cantarovich F. Education, a chance to modify organ shortage: a different message to society. Transplant Proc. 2002 Nov;34(7):2511-2.

Casey TA, Mayer DJ. Corneal grafting. Philadelphia: WB Saunders; 1984.

Chaves A. Retirada de órgãos ou partes do corpo humano para transplantes. Rev de Direito Civil, Imobiliário, Agrário e Empresarial. (São Paulo). 1983 out/dez (26);7-39.

Clarck PA. To be or not to be a donor : a persons right of informed consent. Current Opinion in Organ Transplantation. 2003 Dec;8(4):334-40.

Conesa C, Ríos A, Ramirez P, Cantéras M, Rodríguez MM, Parrilla P. Attitudes toward organ donation in rural areas of southeastern Spain. *Transplant Proc.* 2006 Apr;38(3):866-8.

Conesa C, Rios A, Ramírez P, Rodríguez MM, Rivas P, Canteras M et al. Psychosocial profile in favor of organ donation. *Transplant Proc.* 2003 Jun;35(4):1276-81.

Conesa C, Zambudio AR, Ramirez P, Canteras M, del Mar Rodríguez M, Parrilla P. Socio-personal profile of teenagers opposed to organ donation. *Nephrol Dial Transplant.* 2004 May;19(5):1269-75.

Cooper DKC, Lanza RP. *Xeno: the promise of transplanting animal organs into humans.* Oxford: Oxford University Press; 2000.

Daar AS. Quest for organ donors: development of transplant ethics. *Transplant Proc.* 1998 Nov;30(7):3616.

Darwin E. *Zoonomia: or, the laws of organic life.* London: J. Johnson, 1796.

Décourt LV, Zerbini EJ. Transplante de coração humano: Considerações sobre três casos. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 1970;25(4):207-26.

Diamond GA, Champion M, Mussoline JF, D'Amico RA. Obtaining consent for eye donation. *Am J Ophtalmol.* 1987 Feb 15;103(2):198-203.

Duarte PS, Pericoco S, Miyazaki MC, Ramalho HJ, Abbud-Filho M. Brazilian's attitudes toward organ donation and transplantation. *Transplant Proc.* 2002 Mar;34(2):458-9.

Duggal M, Brar GS, Prasad VS, Gupta A. Public attitudes toward eye donation in Northwestern Índia. *Transplant Proc.* 2003 Feb;35(1):19-20.

Dutra MM, Bonfim TA, Pereira IS, Figueiredo IC, Dutra AM, Lopes AA. Knowledge about transplantation and attitudes toward organ donation: a survey among medical students in Northeast Brazil, *Transplant Proc.* 2004 May;36(4):818-20.

Farge EJ, Silverman ML, Khan MM, Wihelmus KR. The impact f state legislation on eye banking. *Arch Ophtalmol.* 1994;112(2):108-5.

Floresço N. Rechearches sur la transplantation du rein. *J Physiol Pathol Gén.* 1905;(7):47-54.

Flye MW. History of transplantation. In: Flye MW(Ed.) *Principles of organ transplantation.* Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1989. p.1-17.

Frutos MA, Blanca MJ, Mansilla JJ, Rando B, Ruiz P, Guerrero F et al. Organ donation: a comparison of donation and nondonation families. *Transplant Proc.* 2005 Apr;37(3):1557-9.

Frutos MA, Blanca MJ, Rosel J. Opiniones de profesionales sanitários de Málaga sobre donación y transplante órganos: actitudes em hospitales com y sin actividad transplantadora. *Rev Esp Transpl.* 1992;1:221.

Frutos MA. Percepción social de la donación em el año 2000. Nefrologia. 2001 21(suppl 4):41.

Frutos MA, Ruiz P, Requena MV, Daga D. Family refusal in organ donation: analysis of three patterns. Transplant Proc. 2002 Nov;34(7):2513-4.

Gallagher C. Religious attitudes regarding organ donation. J Transpl Coord. 1996 Dec;6(4):186-90.

Garcia, VD, Abbud Filho M, Keitel E, Newman J. Situação atual do processo doação-transplante. In: Garcia VD (Ed.). Por uma política de transplantes no Brasil. São Paulo: Office Editora e Publicidade; 2000a. p. 19-35.

Garcia VD, Neumann J, Abbud Filho, M. Transplantes de órgãos e tecidos. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2000b.p. 3-18.

Garcia VD, Goldani JC, Neumann J. Mass media and organ donation. Transplant Proc. 1997;29(1-2):1618-21.

Gimbell RW, Strosberg MA, Lehrman SE, Gefenas E, Taft F. Presumed consent and other predictors of cadaveric organ donation in Europe. Prog Transplant. 2003 Mar;13(1):17-23.

Gortmaker SL, Beasley CL, Brigham LE, Franz HG, Garrison RN, Lucas BA et al. Organ donor potential and performance: size and nature of the organ donor shortfall. Crit Care Med. 1996 Mar;24(3):432-9.

Gortmaker SL, Beasley CL, Sheehy E, Lucas BA., Brigham LE Grenvik A et al. Improving the request process to increase family consent for organ donation. J Transpl Coord. 1998 Dec;8(4):210-7.

Guadagnoli E, Christiansen CL, Dejong W. McNamara P, Beasley C, Christiansen E et al. The public's willingness to discuss their preference for organ donation with family members. Clin Transplant. 1999 Aug;13(4):342-8.

Hulley SB, Cummings SR. Designing clinical research. Baltimore: Williams&Wilkins; 1988. p. 220.

Hume DM, Merrill JP, Miller BF, Thorn GW. Experiences with renal homotransplantation in the human: report of nine cases. J Clin Invest. Feb;34(2):327-82.

Hunsicker LG. Allocation of organs from expanded donor: Should there be a separate list of patients willing to accept organs from expanded donors? Graft. 1998 (1 Suppl 1):3-4.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. IBGE, 2000 Rio de Janeiro: [Acesso 10 de fevereiro de 2006] Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home>.

Jasper JD, Nickerson CA, Ubel PA, Asch DA. Altruism, incentives, and organ donation: attitudes of the transplant community. Med Care. 2004 Apr;42(4):378-86.

Lamb D. Transplante de órgãos e ética. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Editora Hucitec; 2000.

Lewis BR. Kidney donor survey. Manchester: UMIST; 1987.

Loewestein A, Rahmiel R, Varssano D, Lazar M. Obtaining consent for eye donation. *Isr J Med Sci.* 1991 Feb;27(2):79-81.

Manninen DL, Evans RW. Public attitudes and behavior regarding organ donation. *JAMA.* 1985 Jun 7;253(21):3111-5.

Marcon IM, Marcon AS, Costa-Gama AJ, Diehl GF. Banco de olhos e transplante de córnea. In: Garcia VD; Abbud Filho M; Neumann J; Pestana JOM. (Org.). *Transplante de Orgãos e Tecidos.* 2 ed. São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda, 2006. p. 860-76.

Marmisa G, Escalante JL. Organ donation interviews in community of Madrid, Spain. *Transplant Proc.* 2002 Feb;34(1):23-4.

Martín A, Martínez JM, Manrique S. Donación de órganos para transplantes. Aspectos Psicosociales. *Nefrologia.* 1991;11(Supl 1):62-9.

Martín JM, Martín A, Lopez JS. La opinion pública española ante la donación y el trasplante de órganos. *Med Clin.* 1995;105:401-406.

Martínez JM, Lopez JS, Martín A, Martín MJ, Scandroglio B, Martín JM. Organ donation and family decision-making within the Spanish donation system. *Soc Sci Med.* 2001 Aug;53(4):405-21.

Martinez JM, López JS, Martin A: Percepcion social de la donacion em Espana trás la década de los transplantes. *Nefrologia.* 2001;21(Suppl 4): 45.

Matesanz R. The council of Europe and organ transplantation. *Transplant Proc.* 1997;29:3205.

Matesanz R. Meeting the organ shortage: an European consensus document. *Newsletter Transplant.* 1999;4:4-17.

May T, Aulisio MP, DeVita MA. Patients, families and organ donation:who sholud decide? *Milbank Q.*2000;78(2):323-36.

McNamara P, Guadagnoli E, Evanisko MJ, Beasley C, Santiago-Delpin EA, et al. Correlates of support for organ donation among three ethnic groups. *Clin Transplat.* 1999 Feb;13(1 Pt 1): 45-50.

Merrill JP, Murray JE, Harrison JH, Guild WR. Successful homotransplantation of human kidney between identical twins. *JAMA.* 1956 Jan 28;160(4):277-82.

Morais M, Felício HC, Silva RC, Ramalho HJ, Silva RF, Abbud-Filho M. Multiorgan donation in na organ procurement organization: evaluation of the causes of nondonation. *Transplant Proc.* 2002 Mar;34(2):453-5.

Murphy JB. Resection of arteries and veins injured in continuity end-to-end suture—Experimental and clinical research. Med Rec. 1897;51:73.

Murray JE, Merrill J.P, Harrison JH. Kidney transplantation between seven pairs of identical twin. Ann Surg. 1958;148:343-59.

Oliveira F, Soares A, Sant'Anna W. Assimetrias raciais no Brasil. Belo Horizonte. 2003.

Organ Donation And Transplantation in Germany[on-line]. Neu-Isenburg, Germany: Deutsche Stiftung Organ transplantation; 2005 may. Disponível em: URL:http://sysnews.multimodo.com/compoweb/590/File/DSO_JB2005_englisch.pdf.

Organ Procurement Transplantation Network - OPTN, 2006. [Acesso em maio de 2006] Disponível em: URL: <http://optn.transplant.hrsa.gov>.

Ostergren PO, Gabel H. Influence of social support and study course on attitudes of 18-year-old students toward cadaveric organ donation and transplantation. Transplant Proc. 1993 Feb;25(1 Pt 2):1702-3.

Parisi N, Katz I. Attitudes toward posthumous organ donation and commitment to donate. Health Psychol. 1986;5(6):565-80.

Park K: Prospects of organ sharing and strategies for increasing transplants in Asia. Transplant Proc. 1998 Nov;30(7):3647.

Pérez MA, Domingues JM, Murillo F, Nunez A. Factores sociales y psicológicos que influyen en la donación de órganos. *Psicothema* . 1993;5:241-253.

Perkins KA. The shortage of cadaver donor organs for transplantation. Can psychology help? *Am Psychol*. 1987 Oct;42(10):921-30.

Pont T, Gràcia RM, Valdés C, Nieto C, Rodellar L, Arancibia I, et al. Theoric rates of potencial tissue donation in a university hospital. *Transplant Proc*. 2003 Aug;35(5):1640-1.

Prottas JM, Batten HL. The willingness to give: the public and the supply of transplantable organs. *J Health Polit Policy Law*. 1991 Spring;16(1):121-34.

Prottas JM. Buying human organs-evidence that Money doesn't change everything. *Transplantation*. 1992 Jun;53(6):1371-3.

Radecki CM, Jaccard J. Psychological aspects of organ donation: a critical review and synthesis of individual and next-of-kin donation decisions. *Health Psychol*. 1997 Mar;16(2):183-95.

Ríos A, Conesa C, Ramírez P, Galindo PJ, Martínez L, Montoya MJ et al. Attitude toward deceased organ donation and transplantation among the workers in the surgical services in a hospital with a transplant program. *Transplant Proc*. 2005 Nov;37(9):3603-8.

Roelks L, Roelants M, Timmermans, Hoppenbrouwers, Pillen E, Bande-knops J. A survey on attitudes to organ among three generations in a country with 10 years of presumed consent legislation. *Transplant Proc.* 1997 Dec;29(8):3224-5.

Roels L, Deschoolmeester G, Vanrenterghem Y. A profile of people objecting to organ donation in a country with a presumed consent law: data from the Belgian National Registry. *Transplant Proc.* 1997;29:1473-5.

Rohaninejad MR, Mohammadi SF. Chain exchange transplantation: could the pool of organs be expanded through donation by transplanted living cases?. *Transplant Proc.* 2002 Dec; 34(8):3045-50.

Roza BA, Schirmer J, Medina-Pestana JO. Academic community response to the Brazilian legislation for organ donation. *Transplant Proc.* 2002 Mar;34(2):447-8.

Rumsey S, Hurford DP, Cole AK. Influence of knowledge and religiousness on attitudes toward organ donation. *Transplant Proc.* 2003 Dec;35(8): 2845-50.

Sadala MLA. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. *J Bras Nefrol.* 2001;23(3):143-51.

Sato EH, Rodrigues AM. Knowledge and attitude of the general population regarding corneal transplantation. *Arq Bras Oftalmol.* 2002;65(6):637-40.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Central de Transplantes. [Acesso em fevereiro de 2006] Disponível em: URL: <http://www.saude.sp.gov.br>.

Siminoff LA, Arnold RM, Caplan AL, Virnig BA, Seltzer DL. Public policy governing organ and tissue procurement in the United States. Results from the National Organ and Tissue Procurement Study. Ann Intern Med. 1995 Jul 1 ;123(1):10-17.

Siminoff LA, Arnold RM, Hewlett J. The process organ donation and its effect on consent. Clin Transplant. 2001 Feb;15(1):39-47.

Sistema Nacional de Transplante. Orientações do Banco de Olhos da Universidade Estadual de Campinas(dados de 2005-2007). [Acesso em junho de 2003 a 2007] Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm>

Sque M, Payne AS. Dissonant Loss: the experiences of donor relatives. Soc Sci Med. 1996 Nov;43(9):1359-70.

Weber F, Phillip T, Brelsch CE, Lange R. The impact of television on attitudes towards organ donation – a survey in a German urban population sample. Nephrol Dial Transplant. 1999;14:2315-8.

Weiss DW. Organ transplantation, medical ethics, and Jewish law. Transplant Proc. 1988 Feb;20(1 Suppl 1):1071-5.

Yeung I, Kong SH, Lee J. Attitudes towards organ donation in Hong Kong. Soc Sci Med. 2000 Jun;50(11):1643-54.



ANEXOS

10- ANEXOS

ANEXO 1 - LEI N° 8.489, DE 18 DE NOVEMBRO DE 1992 (revogada)

Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º A disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo post mortem para fins terapêuticos e científicos é permitida na forma desta lei.

Art. 2º (Vetado.)

Art. 3º A permissão para o aproveitamento, para os fins determinados no art. 1º desta lei, efetivar-se-á mediante a satisfação das seguintes condições:

I - por desejo expresso do disponente manifestado em vida, através de documento pessoal ou oficial;

II - na ausência do documento referido no inciso I deste artigo, a retirada de órgãos será procedida se não houver manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente.

Art. 4º Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos responsáveis para sepultamento ou necropsia obrigatória prevista em lei.

Parágrafo único. A não-observância do disposto neste artigo será punida de acordo com o art. 211 do Código Penal.

Art. 5º (Vetado.)

Art. 6º O transplante de tecidos, órgãos ou partes do corpo, somente poderá ser realizado por médicos com capacidade técnica comprovada, em instituições públicas ou privadas reconhecidamente idôneas e devidamente cadastradas para este fim no Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os prontuários médicos detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos serão mantidos nos arquivos das instituições referidas e um relatório anual, contendo os nomes dos pacientes receptores, será enviado ao Ministério da Saúde.

Art. 7º A retirada de partes do cadáver, sujeito por força de lei à necropsia ou à verificação diagnóstico causa mortis , deverá ser autorizada por médico-legista e citada no relatório da necropsia ou da verificação diagnóstica.

Art. 8º As despesas com as retiradas e transplantes previstos nesta lei serão custeadas na forma determinada pela sua regulamentação.

Art. 9º (Vetado.)

Art. 10. É permitida à pessoa maior e capaz dispor gratuitamente de órgãos, tecidos ou partes do próprio corpo vivo para fins humanitários e terapêuticos.

1º A permissão prevista no caput deste artigo limita-se à doação entre avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, cunhados e entre cônjuges.

2º Qualquer doação entre pessoas não relacionadas no parágrafo anterior somente poderá ser realizada após autorização judicial.

3º O disponente deverá autorizar especificamente o tecido, órgãos ou parte do corpo objeto da retirada.

4º Só é permitida a doação referida no caput deste artigo quando se tratar de órgãos duplos, partes de órgãos, tecidos, vísceras ou partes do corpo que não impliquem em prejuízo ou mutilação grave para o disponente e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

Art. 11. A não-observância do disposto nos arts. 2º, 3º, 5º, 6º, 7º, 8º e 10 desta lei será punida com pena de detenção de um a três anos, sem prejuízo de outras sanções que no caso couberem.

Art. 12. A notificação, em caráter de emergência, em todos os casos de morte encefálica comprovada, tanto para hospital público, como para a rede privada, é obrigatória.

Art. 13. (Vetado.)

Art. 14. O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta lei no prazo máximo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 15. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968.

Brasília, 18 de novembro de 1992; 171º da Independência e 104º da República.
ITAMAR FRANCO; Maurício Corrêa; Jamil Haddad

ANEXO 2 - LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o espermatozoide e o óvulo.

Art. 2º A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

~~Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para a triagem de sangue para doação, segundo dispõem a Lei n.º 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.~~

"Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

CAPÍTULO II

DA DISPOSIÇÃO POST MORTEM DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE.

Art. 3º A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

§ 1º Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º; 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º, e 10, quando

couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.

§ 2º Às instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema único de Saúde.

§ 3º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

~~Art. 4º Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem.~~

Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Parágrafo único. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

~~§ 1º A expressão “não doador de órgãos e tecidos” deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável, na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição. (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)~~

~~§ 2º A gravação de que trata este artigo será obrigatória em todo o território nacional a todos os órgãos de identificação civil e departamentos de trânsito, decorridos trinta dias da publicação desta Lei. (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)~~

~~§ 3º O portador de Carteira de Identidade Civil ou de Carteira Nacional de Habilitação emitidas até a data a que se refere o parágrafo anterior poderá manifestar sua vontade de não doar tecidos, órgãos ou partes do corpo após a morte, comparecendo ao órgão oficial de identificação civil ou departamento de trânsito e procedendo à gravação da expressão “não doador de órgãos e tecidos”. (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)~~

~~§ 4º A manifestação de vontade feita na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação poderá ser reformulada a qualquer momento, registrando-se, no documento, a nova declaração de vontade. (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)~~

~~§ 5º No caso de dois ou mais documentos legalmente válidos com opções diferentes, quanto à condição de doador ou não, do morto, prevalecerá aquele cuja emissão for mais recente. (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)~~

Art. 5º A remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais, ou por seus responsáveis legais.

Art. 6º É vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.

Art. 7º (VETADO)

Parágrafo único. No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necropsia.

~~Art. 8º Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento.~~

Art. 8º Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7º, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

CAPÍTULO III

DA DISPOSIÇÃO DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO VIVO PARA FINS DE TRANSPLANTE OU TRATAMENTO

~~Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fim de transplante ou terapêuticos.~~

Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

§ 3º Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

§ 4º O doador deverá autorizar, preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

§ 5º A doação poderá ser revogada pelo doador ou pelos responsáveis legais a qualquer momento antes de sua concretização.

§ 6º O indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 7º É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea e o ato não oferecer risco à sua saúde ou ao feto.

§ 8º O auto-transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 9º-A É garantido a toda mulher o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto. (Incluído pela Lei nº 11.633, de 2007).

CAPITULO IV

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

~~Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.~~

Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 2º A inscrição em lista única de espera não confere ao pretendo receptor ou à sua família direito subjetivo a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocado por acidente ou incidente em seu transporte. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Parágrafo único. Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 11. É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social de anúncio que configure:

- a) publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades;
- b) apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa determinada identificada ou não, ressalvado o disposto no parágrafo único;
- c) apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

Parágrafo único. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

Parágrafo único. Após a notificação prevista no caput deste artigo, os estabelecimentos de saúde não autorizados a retirar tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverão permitir a imediata remoção do paciente ou franquear suas instalações e fornecer o apoio operacional necessário às equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante, hipótese em que serão ressarcidos na forma da lei. (Incluído pela Lei nº 11.521, de 2007)

CAPÍTULO V

DAS SANÇÕES PENAIS E ADMINISTRATIVAS

SEÇÃO I

Dos Crimes

Art. 14. Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa, de 100 a 360 dias-multa.

§ 1.º Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa ou por outro motivo torpe:

Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 100 a 150 dias-multa.

§ 2.º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I - incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de três a dez anos, e multa, de 100 a 200 dias-multa

§ 3.º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta para o ofendido:

I - Incapacidade para o trabalho;

II - Enfermidade incurável ;

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

§ 4.º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta morte:

Pena - reclusão, de oito a vinte anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

Art. 15. Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano:

Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa.

Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou aufera qualquer vantagem com a transação.

Art. 16. Realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena - reclusão, de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

Art. 17 Recolher, transportar, guardar ou distribuir partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena - reclusão, de seis meses a dois anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa.

Art. 18. Realizar transplante ou enxerto em desacordo com o disposto no art. 10 desta Lei e seu parágrafo único:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 19. Deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 20. Publicar anúncio ou apelo público em desacordo com o disposto no art. 11:

Pena - multa, de 100 a 200 dias-multa.

Seção II

Das Sanções Administrativas

Art. 21. No caso dos crimes previstos nos arts. 14, 15, 16 e 17, o estabelecimento de saúde e as equipes médico-cirúrgicas envolvidas poderão ser desautorizadas temporária ou permanentemente pelas autoridades competentes.

§ 1.º Se a instituição é particular, a autoridade competente poderá multá-la em 200 a 360 dias-multa e, em caso de reincidência, poderá ter suas atividades suspensas temporária ou definitivamente, sem direito a qualquer indenização ou compensação por investimentos realizados.

§ 2.º Se a instituição é particular, é proibida de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas, bem como se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista, pelo prazo de cinco anos.

Art. 22. As instituições que deixarem de manter em arquivo relatórios dos transplantes realizados, conforme o disposto no art. 3.º § 1.º, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3.º, § 2.º ao órgão de gestão estadual do Sistema único de Saúde, estão sujeitas a multa, de 100 a 200 dias-multa.

~~§ 1.º Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13.~~

§ 1º Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13 desta Lei ou proibir, dificultar ou atrasar as hipóteses definidas em seu parágrafo único. (Redação dada pela Lei nº 11.521, de 2007)

§ 2.º Em caso de reincidência, além de multa, o órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde poderá determinar a desautorização temporária ou permanente da instituição.

Art. 23. Sujeita-se às penas do art. 59 da Lei n.º 4.117, de 27 de agosto de 1962, a empresa de comunicação social que veicular anúncio em desacordo com o disposto no art. 11.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. (VETADO)

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei n.º 8.489, de 18 de novembro de 1992, e Decreto n.º 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 4 de fevereiro de 1997; 176.º da Independência e 109.º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Nelson A. Jobim

Carlos César de Albuquerque

ANEXO 3 -DECRETO Nº 2.268, DE 30 DE JUNHO DE 1997

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997,

DECRETA:

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art 1º A remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano e sua aplicação em transplantes, enxertos ou outra finalidade terapêutica, nos termos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, observará o disposto neste Decreto.

Parágrafo único. Não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este Decreto o sangue, o espermatozoide e o óvulo.

CAPÍTULO I **DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE - SNT** **SEÇÃO I** *Da Estrutura*

Art 2º Fica organizado o Sistema Nacional de Transplante - SNT, que desenvolverá o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas.

Parágrafo único. O SNT tem como âmbito de intervenção as atividades de conhecimento de morte encefálica verificada em qualquer ponto do território nacional e a determinação do destino dos tecidos, órgãos e partes retirados.

Art. 3º Integram o SNT:

I - o Ministério da Saúde;

II - as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes;

III - as Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes;

IV - os estabelecimentos hospitalares autorizados;

V - a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes.

SEÇÃO II *Do órgão Central*

Art 4º O Ministério da Saúde, por intermédio de unidade própria, prevista em sua estrutura regimental, exercerá as funções de órgão central do SNT, cabendo-lhe, especificamente:

I - coordenar as atividades de que trata este Decreto;

II - expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos neste Decreto e para assegurar o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades que desenvolva;

III - gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com as suas condições orgânicas;

IV - autorizar estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes;

V - avaliar o desempenho do SNT, mediante análise de relatórios recebidos dos órgãos estaduais e municipais que o integram;

VI - articular-se com todos os integrantes do SNT para a identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento;

VII - difundir informações e iniciativas bem sucedidas, no âmbito do SNT, e promover intercâmbio com o exterior sobre atividades de transplantes;

VIII - credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, de que trata a Seção IV deste Capítulo;

IX - indicar, dentre os órgãos mencionados no inciso anterior, aquele de vinculação dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas, que tenha autorizado, com sede ou exercício em Estado, onde ainda não se encontre estruturado ou tenha sido cancelado ou desativado o serviço, ressalvado o disposto no § 3º do artigo seguinte.

SEÇÃO III *Dos Órgãos Estaduais*

Art 5º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou órgãos equivalentes, para que se integrem ao SNT, deverão instituir, na respectiva estrutura organizacional, unidade com o perfil e as funções indicadas na Seção seguinte.

§ 1º Instituída a unidade referida neste artigo, a Secretaria de Saúde, a que se vincular, solicitará ao órgão central o seu credenciamento junto ao SNT, assumindo os encargos que lhes são próprios, após deferimento.

§ 2º O credenciamento será concedido por prazo indeterminado, sujeito a cancelamento, em caso de desarticulação com o SNT.

§ 3º Os Estados poderão estabelecer mecanismos de cooperação para o desenvolvimento em comum das atividades de que trata este Decreto, sob coordenação de qualquer unidade integrante do SNT.

SEÇÃO IV

Das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDOs

Art 6º As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs serão as unidades executivas das atividades do SNT, afetas ao Poder Público, como previstas neste Decreto.

Art. 7º Incumbe às CNCDOs:

I - coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual;

II - promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis, de que necessite;

III - classificar os receptores e agrupá-los segundo às indicações do inciso anterior, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-se-lhes o necessário comprovante;

IV - comunicar ao órgão central do SNT as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores;

V - receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de tecidos, órgãos e partes para transplante, ocorrida em sua área de atuação;

VI - determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retirados ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor ideal, observado o disposto no inciso III deste artigo e em instruções ou regulamentos técnicos, expedidos na forma do artigo 28 deste Decreto;

VII - notificar o órgão central do SNT de tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seus registros, para utilização dentre os relacionados na lista nacional;

VIII - encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação;

IX - exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata este Decreto;

X - aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da Lei nº 9.434, de 1997;

XI - suspender, cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, estabelecimentos e equipes especializadas, antes ou no curso do processo de apuração de infração que tenham cometido, se, pelos indícios conhecidos, houver fundadas razões de continuidade de risco de vida ou de agravos intoleráveis à saúde das pessoas;

XII - comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no § 2º do art. 21 da Lei nº 9.434, de 1997, e cancelamento, se for o caso, da autorização concedida;

XIII - acionar o Ministério Público do Estado e outras instituições públicas competentes, para reprimir ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua atuação.

§ 1º O Município considerado pólo de região administrativa poderá instituir CNCDO, que ficará vinculada à CNCDO estadual.

§ 2º Os receptores inscritos nas CNCDOs regionais, cujos dados tenham sido previamente encaminhados às CNCDOs estaduais, poderão receber tecidos, órgãos e partes retirados no âmbito de atuação do órgão regional.

§ 3º Às centrais regionais aplica-se o disposto nos incisos deste artigo, salvo a apuração de infrações e a aplicação de penalidades.

§ 4º Para o exercício da competência estabelecida no inciso X deste artigo, a CNCDO observará o devido processo legal, assegurado ao infrator o direito de ampla defesa, com os recursos a ela inerentes e, em especial, as disposições da Lei nº 9.434, de 1997, e, no que forem aplicáveis, as da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, e do Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO

SEÇÃO I

Das Condições Gerais e Comuns

Art 8º A retirada de tecidos, órgãos e partes e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde.

§ 1º O pedido de autorização poderá ser formulado para uma ou mais atividades de que trata este Regulamento, podendo restringir-se a tecidos, órgãos ou partes especificados.

§ 2º A autorização será concedida, distintamente, para estabelecimentos de saúde, equipes especializadas de retirada e de transplante ou enxerto.

§ 3º Os membros de uma equipe especializada poderão integrar a de outra, desde que nominalmente identificados na relação de ambas, assim como atuar em qualquer estabelecimento de saúde autorizado para os fins deste Decreto.

§ 4º Os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas firmarão compromisso, no pedido de autorização, de que se sujeitam à fiscalização e ao controle do Poder Público, facilitando o acesso de seus agentes credenciados a instalações, equipamentos e prontuários, observada, quanto a estes a necessária habilitação, em face do caráter sigiloso destes documentos, conforme for estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 5º A autorização terá validade pelo prazo de dois anos, renovável por períodos iguais e sucessivos, verificada a observância dos requisitos estabelecidos nas Seções seguintes.

§ 6º A renovação deverá ser requerida sessenta dias antes do término de sua vigência, prorrogando-se automaticamente a autorização anterior até a manifestação definitiva do Ministério da Saúde.

§ 7º Os pedidos formulados depois do prazo fixado no parágrafo precedente sujeitam-se à manifestação ali prevista, ficando sem eficácia a autorização a partir da data de expiração de sua vigência e até a decisão sobre o pedido de renovação.

§ 8º Salvo motivo de força maior, devidamente justificado, a decisão de que trata os §§ 6º e 7º será tomada no prazo de até sessenta dias, a contar do pedido de renovação, sob pena de responsabilidade administrativa.

SEÇÃO II

Dos Estabelecimentos de Saúde

Art 9º - Os estabelecimentos de saúde deverão contar com serviços e instalações adequados à execução de retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes, atendidas, no mínimo, as seguintes exigências, comprovadas no requerimento de autorização:

I - atos constitutivos, com indicação da representação da instituição, em juízo ou fora dele;

II - ato de designação e posse da diretoria;

III - equipes especializadas de retirada, transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratual ou funcional, autorizadas na forma da Seção III deste Capítulo;

IV - disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos;

V - condições necessárias de ambientação e de infra-estrutura operacional;

VI - capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes;

VII - instrumental e equipamento indispensáveis ao desenvolvimento da atividade a que se propõe.

§ 1º A transferência da propriedade, a modificação da razão social e a alteração das equipes especializadas por outros profissionais, igualmente autorizados, na forma da Seção seguinte, quando comunicadas no decêndio posterior à sua ocorrência, não prejudicam a validade da autorização concedida.

§ 2º O estabelecimento de saúde, autorizado na forma deste artigo, só poderá realizar transplante, se, em caráter permanente, observar o disposto no § 1º do artigo seguinte.

SEÇÃO III

Das Equipes Especializadas

Art 10. A composição das equipes especializadas será determinada em função do procedimento, mediante integração de profissionais autorizados na forma desta Seção.

§ 1º Será exigível, no caso de transplante, a definição, em número e habilitação, de profissionais necessários à realização do procedimento, não podendo a equipe funcionar na falta de algum deles.

§ 2º A autorização será concedida por equipes especializadas, qualquer que seja a sua composição, devendo o pedido, no caso do parágrafo anterior, ser formalizado em conjunto e só será deferido se todos satisfizerem os requisitos exigidos nesta Seção.

Art 11. Além da necessária habilitação profissional, os médicos deverão instruir o pedido de autorização com:

I - certificado de pós-graduação, em nível, no mínimo, de residência médica ou título de especialista reconhecido no País;

II - certidão negativa de infração ética, passada pelo órgão de classe em que forem inscritos.

Parágrafo único. Eventuais condenações, anotadas no documento a que se refere o inciso II deste artigo, não são indutoras do indeferimento do pedido, salvo em casos de omissão ou de erro médico que tenha resultado em morte ou lesão corporal de natureza grave.

SEÇÃO IV

Disposições Complementares

Art 12. O Ministério da Saúde poderá estabelecer outras exigências, que se tornem indispensáveis à prevenção de quaisquer irregularidades nas práticas de que trata este Decreto.

Art 13. O pedido de autorização será apresentado às Secretarias de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, que o instruirão com relatório conclusivo quanto à satisfação das exigências estabelecidas neste Decreto e em normas regulamentares, no âmbito de sua área de competência definida na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º A Secretaria de Saúde diligenciará junto ao requerente para a satisfação de exigência acaso não cumprida, de verificação a seu cargo.

§ 2º Com manifestação favorável sob os aspectos pertinentes à sua análise, a Secretaria de Saúde remeterá o pedido ao órgão central do SNT, para expedir a autorização, se satisfeitos todos os requisitos estabelecidos neste Decreto e em normas complementares.

CAPÍTULO III

DA DOAÇÃO DE PARTES

SEÇÃO I

Da Disposição para Post Mortem

Art 14. A retirada de tecidos, órgãos e partes, após a morte, poderá ser efetuada, independentemente de consentimento expresso da família, se, em vida, o falecido a isso não tiver manifestado sua objeção.

§ 1º A manifestação de vontade em sentido contrário à retirada de tecidos, órgãos e partes será plenamente reconhecida se constar da Carteira de Identidade Civil, expedida pelos órgãos de identificação da União, dos Estados e do Distrito Federal, e da Carteira Nacional de Habilitação, mediante inserção, nesses documentos, da expressão “não-doador de órgãos e tecidos”.

§ 2º Sem prejuízo para a validade da manifestação de vontade, como doador presumido, resultante da inexistência de anotações nos documentos de pessoas falecidas, admitir-se-á a doação expressa para retirada após a morte, na forma prevista no Decreto nº 2.170, de 4 de março de 1997, e na Resolução nº 828, de 18 de fevereiro de 1977, expedida pelo Conselho Nacional de Trânsito, com a anotação “doador de órgãos e tecidos” ou, ainda, a doação de tecidos, órgãos ou partes específicas, que serão indicados após a expressão “doador de ...”.

§ 3º Os documentos de que trata o § 1º deste artigo, que venham a ser expedidos, na vigência deste Decreto, conterão, a pedido do interessado, as indicações previstas nos parágrafos anteriores.

§ 4º Os órgãos públicos referidos no § 1º deverão incluir, nos formulários a serem preenchidos para a expedição dos documentos ali mencionados, espaço a ser utilizado para quem desejar manifestar, em qualquer sentido, a sua vontade em relação à retirada de tecidos, órgãos e partes, após a sua morte.

§ 5º É vedado aos funcionários dos órgãos de expedição dos documentos mencionados neste artigo, sob pena de responsabilidade administrativa, induzir a opção do interessado, salvo a obrigatoriedade de informá-lo de que, se não assinalar qualquer delas, será considerado doador presumido de seus órgãos para a retirada após a morte.

§ 6º Equiparam-se à Carteira de Identidade Civil, para os efeitos deste artigo, as carteiras expedidas pelos órgãos de classe, reconhecidas por lei como prova de identidade.

§ 7º O interessado poderá comparecer aos órgãos oficiais de identificação civil e de trânsito, que procederão à gravação da sua opção na forma dos §§ 1º e 2º deste artigo, em documentos expedidos antes da vigência deste Decreto.

§ 8º A manifestação de vontade poderá ser alterada, a qualquer tempo, mediante renovação dos documentos.< /font>

SEÇÃO II

Da Disposição do Corpo Vivo

Art 15. Qualquer pessoa capaz, nos termos da lei civil, pode dispor de tecidos, órgãos e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou terapêuticas.

§ 1º Só é permitida a doação referida neste artigo, quando se tratar de órgãos duplos ou partes de órgãos, tecidos ou partes, cuja retirada não cause ao doador comprometimento de suas funções vitais e aptidões físicas ou mentais e nem lhe provoque deformação.

§ 2º A retirada, nas condições deste artigo, só será permitida, se corresponder a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável e inadiável, da pessoa receptora.

§ 3º Exigir-se-á, ainda, para a retirada de rins, a comprovação de, pelo menos, quatro compatibilidades em relação aos antígenos leucocitários humanos (HLA), salvo entre cônjuges e consangüíneos, na linha reta ou colateral, até o terceiro grau inclusive.

§ 4º O doador especificará, em documento escrito, firmado também por duas testemunhas, qual tecido, órgão ou parte do seu corpo está doando para transplante ou enxerto em pessoa que identificará, todos devidamente qualificados, inclusive quanto à indicação de endereço.

§ 5º O documento de que trata o parágrafo anterior, será expedido, em duas vias, uma das quais será destinada ao órgão do Ministério Público em atuação no lugar de domicílio do doador, com protocolo de recebimento na outra, como condição para concretizar a doação.

§ 6º Excetua-se do disposto nos §§ 2º, 4º e 5º a doação de medula óssea.

§ 7º A doação poderá ser revogada pelo doador a qualquer momento, antes de iniciado o procedimento de retirada do tecido, órgão ou parte por ele especificado.

§ 8º A extração de parte da medula óssea de pessoa juridicamente incapaz poderá ser autorizada judicialmente, com o consentimento de ambos os pais ou responsáveis legais, se o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 9º A gestante não poderá doar tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, salvo da medula óssea, desde que não haja risco para a sua saúde e a do feto.

CAPÍTULO IV
DA RETIRADA DE PARTES
SEÇÃO I
Da Comprovação da Morte

Art 16. A retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com morte encefálica.

§ 1º O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia reconhecido no País.

§ 2º São dispensáveis os procedimentos previstos no parágrafo anterior, quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

§ 3º Não podem participar do processo de verificação de morte encefálica médicos integrantes das equipes especializadas autorizadas, na forma deste Decreto, a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes.

§ 4º Os familiares, que estiverem em companhia do falecido ou que tenham oferecido meios de contato, serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para a verificação da morte encefálica.

§ 5º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato de comprovação e atestação da morte encefálica, se a demora de seu comparecimento não tomar, pelo decurso do tempo, inviável a retirada, mencionando-se essa circunstância no respectivo relatório.

§ 6º A família carente de recursos financeiros poderá pedir que o diagnóstico de morte encefálica seja acompanhado por médico indicado pela direção local do SUS, observado o disposto no parágrafo anterior.

Art 17. Antes da realização da necropsia, obrigatória por lei, a retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada se estes não tiverem relação com a causa *mortis*, circunstância a ser mencionada no respectivo relatório, com cópia que acompanhará o corpo à instituição responsável pelo procedimento médico-legal.

Parágrafo único. Excetua-se, do disposto neste artigo os casos de morte ocorrida sem assistência médica ou em decorrência de causa mal definida ou que necessite de ser esclarecida diante da suspeita de crime, quando a retirada, observadas as demais condições estabelecidas neste Decreto, dependerá de autorização expressa do médico patologista ou legista.

SEÇÃO II

Do Procedimento de Retirada

Art 18. Todos os estabelecimentos de saúde deverão comunicar à CNCDO do respectivo Estado, em caráter de urgência, a verificação em suas dependências de morte encefálica.< p> Parágrafo único. Se o estabelecimento de saúde não dispuser de condições para a comprovação da morte encefálica ou para a retirada de tecidos, órgãos e partes, segundo as exigências deste Decreto, a CNCDO acionará os profissionais habilitados que te encontrarem mais próximos para efetuarem ambos os procedimentos, observado o disposto no § 3º do art. 16 deste Decreto.

Art 19. Não se efetuará a retirada se não for possível a identificação do falecido por qualquer dos documentos previstos nos §§ 1º e 6º do art. 14 deste Decreto.

§ 1º Se dos documentos do falecido constarem opções diferentes, será considerado válido, para interpretação de sua vontade, o de expedição mais recente.

§ 2º Não supre as exigências deste artigo o simples reconhecimento de familiares, se nenhum dos documentos de identificação do falecido for encontrado.

§ 3º Qualquer rasura ou vestígios de adulteração dos documentos, em relação aos dados previstos nos §§ 1º e 6º do art. 14, constituem impedimento para a retirada de tecidos, órgãos e partes, salvo se, no mínimo, dois consangüíneos do falecido, seja na linha reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, conhecendo a sua vontade, quiserem autorizá-la.

§ 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do cadáver de pessoas incapazes dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, o pátrio poder, a guarda judicial, a tutela ou curatela.

Art 20. A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo será precedida da comprovação de comunicação ao Ministério Público e da verificação das condições de saúde do doador para melhor avaliação de suas consequências e comparação após o ato cirúrgico.

Parágrafo único. O doador será prévia e obrigatoriamente informado sobre as consequências e riscos possíveis da retirada de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, para doação, em documento lavrados na ocasião, lido em sua presença e acrescido de outros esclarecimentos que pedir e, assim, oferecido à sua leitura e assinatura e de duas testemunhas, presentes ao ato.

SEÇÃO III

Da Recomposição do Cadáver

Art 21. Efetuada a retirada, o cadáver será condignamente recomposto, de modo a recuperar, tanto quanto possível, sua aparência anterior, com cobertura das regiões com ausência de pele e enchimento, com material adequado, das cavidades resultantes da ablação.

CAPÍTULO V

DO TRANSPLANTE OU ENXERTO

SEÇÃO I

Do Consentimento do Receptor

Art 22. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após devidamente aconselhado sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

§ 1º Se o receptor for juridicamente incapaz ou estiver privado dos meios de comunicação oral ou escrita ou, ainda, não souber ler e escrever, o consentimento para a realização do transplante será dado por um de seus pais ou responsáveis legais, na ausência dos quais, a decisão caberá ao médico assistente, se não for possível, por outro modo, mantê-lo vivo.

§ 2º A autorização será aposta em documento, que conterá as informações sobre o procedimento e as perspectivas de êxito ou insucesso, transmitidas ao receptor, ou, se for o caso, às pessoas indicadas no parágrafo anterior.

§ 3º os riscos considerados aceitáveis pela equipe de transplante ou enxerto, em razão dos testes aplicados na forma do art. 24, serão informados ao receptor que poderá assumi-los, mediante expressa concordância, aposta no documento previsto no parágrafo anterior, com indicação das seqüelas previsíveis.

SEÇÃO II

Do Procedimento de Transplante

Art 23. Os transplantes somente poderão ser realizados em pacientes com doença progressiva ou incapacitante, irreversível por outras técnicas terapêuticas, cuja classificação, com esse prognóstico, será lançada no documento previsto no § 2º do artigo anterior.

Art 24. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só será autorizada após a realização, no doador, de todos os testes para diagnóstico de infecções e afecções, principalmente em relação ao sangue, observando-se, quanto a este, inclusive os exigidos na triagem para doação, segundo dispõem a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

§ 1º As equipes de transplantes ou enxertos só poderão realizá-los se os exames previstos neste artigo apresentarem resultados que afastem qualquer prognóstico de doença incurável ou letal para o receptor.

§ 2º Não serão transplantados tecidos, órgãos e partes de portadores de doenças que constem de listas de exclusão expedidas pelo órgão central do SNT

§ 3º O transplante dependerá, ainda, dos exames necessários à verificação de compatibilidade sanguínea e histocompatibilidade com o organismo de receptor inscrito, em lista de espera, nas CNCDOs.

§ 4º A CNCDO, em face das informações que lhe serão passadas pela equipe de retirada, indicará a destinação dos tecidos, órgãos e partes removidos, em estrita observância à ordem de receptores inscritos, com compatibilidade para recebê-los.

§ 5º A ordem de inscrição, prevista no parágrafo anterior, poderá deixar de ser observada, se, em razão da distância e das condições de transporte, o tempo estimado de deslocamento do receptor selecionado tornar inviável o transplante de tecidos, órgãos ou partes retirados ou se deles necessitar quem se encontre em iminência de óbito, segundo avaliação da CNCDO, observados os critérios estabelecidos pelo órgão central do SNT.

SEÇÃO III

Dos prontuários

Art 25. Além das informações usuais e sem prejuízo do disposto no § 1º do art. 3º da Lei nº 9.434, 1997, os prontuários conterão:

I - no do doador morto, os laudos dos exames utilizados para a comprovação da morte encefálica e para a verificação da viabilidade da utilização, nas finalidades previstas neste Decreto, dos tecidos, órgãos ou partes que lhe tenham sido retirados e, assim, relacionados, bem como o original ou cópia autenticada dos documentos utilizados para a sua identificação;

II - no do doador vivo, o resultado dos exames realizados para avaliar as possibilidades de retirada e transplante dos tecidos, órgãos e partes doados, assim como a

comunicação, ao Ministério Público, da doação efetuada de acordo com o disposto nos §§ 4º e 5º do art. 15 deste Decreto;

III - no do receptor, a prova de seu consentimento, na forma do art. 22, cópia dos laudos dos exames previstos nos incisos anteriores, conforme o caso e, bem assim, os realizados para o estabelecimento da compatibilidade entre seu organismo e o do doador.

Art 26. Os prontuários, com os dados especificados no artigo anterior, serão mantidos pelo prazo de cinco anos nas instituições onde foram realizados os procedimentos que registram.

Parágrafo único. Vencido o prazo previsto neste artigo, os prontuários poderão ser confiados à responsabilidade da CNCDO do Estado de sede da instituição responsável pelo procedimento a que se refiram, devendo, de qualquer modo, permanecer disponíveis pelo prazo de 20 anos, para eventual investigação criminal.

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art 27. Aplica-se o disposto no § 3º do art. 19 à retirada de tecido, órgãos ou partes de pessoas falecidas, até seis meses após a publicação deste Decreto, cujo documentos tenham sido expedidos em data anterior à sua vigência.

Art 28. É o Ministério da Saúde autorizado a expedir instruções e regulamentos necessários à aplicação deste Decreto.

Art 29. Enquanto não for estabelecida a estrutura regimental do Ministério da Saúde, a sua Secretaria de Assistência à Saúde exercerá as funções de órgão central do SNT.

Art 30. A partir da vigência deste Decreto, tecidos, órgãos ou partes não poderão ser transplantados em receptor não indicado pelas CNCDOs.

Parágrafo único. Até a criação das CNCDOs, as competências que lhes são cometidas por este Decreto, poderão, pelo prazo máximo de um ano, ser exercidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Art 31. Não se admitirá inscrição de receptor de tecidos, órgãos ou partes em mais de uma CNCDO.

§ 1º Verificada a duplicidade de inscrição, o órgão central do SNT notificará o receptor para fazer a sua opção por uma delas, no prazo de quinze dias, vencido o qual, sem resposta, excluirá da lista a mais recente e comunicará o fato à CNCDO, onde ocorreu a inscrição, para igual providência.

§ 2º A inscrição em determinada CNCDO não impedirá que o receptor se submeta a transplante ou enxerto em qualquer estabelecimento de saúde autorizado, se, pela lista

sob controle do órgão central do SNT, for o mais indicado para receber tecidos, órgãos ou partes retirados e não aproveitados, de qualquer procedência.

Art 32. Ficam convalidadas as inscrições de receptores efetuadas por CNCDOs ou órgãos equivalentes, que venham funcionando em Estados da Federação, se atualizadas pela ordem crescente das respectivas datas e comunicadas ao órgão central do SNT.

Art 33. Caberá aos estabelecimentos de saúde e às equipes especializadas autorizados a execução de todos os procedimentos médicos previstos neste Decreto, que serão remunerados segundo os respectivos valores fixados em tabela aprovada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos de diagnóstico de morte encefálica, de manutenção homeostática do doador e da retirada de tecidos, órgãos ou partes, realizados por estabelecimento hospitalar privado, poderão, conjunta ou separadamente, ser custeados na forma do *caput*, independentemente de contrato ou convênio, mediante declaração do receptor, ou, no caso de óbito, por sua família, na presença de funcionários da CNCDO, de que tais serviços não lhe foram cobrados.

Art 34. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 35. Fica revogado o Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 30 de junho de 1997; 176º da Independência e 109º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Carlos César de Albuquerque

ANEXO 4 -LEI Nº 10.211, DE 23 DE MARÇO DE 2001

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os dispositivos adiante indicados, da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 2º"

"Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde." (NR)

"Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte." (NR)

"Parágrafo único. (VETADO)"

"Art. 8º Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7º, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento." (NR)

"Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea.

....." (NR)

"Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento." (NR)

"§ 1º Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais." (NR)

"§ 2º A inscrição em lista única de espera não confere ao pretenso receptor ou à sua família direito subjetivo a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de

alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocado por acidente ou incidente em seu transporte." (NR)

Art. 2º As manifestações de vontade relativas à retirada "post mortem" de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação, perdem sua validade a partir de 22 de dezembro de 2000.

Art. 3º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.083-32, de 22 de fevereiro de 2001.

Art. 4º Ficam revogados os §§ 1º a 5º do art. 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de março de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP.

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 25/10/05.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 601/2005
CAAE: 1544.0.146.000-05

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DOAÇÃO DE CÓRNEAS: PERSPECTIVAS DOS FAMILIARES”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Márcio Alexandre Araújo Florêncio dos Santos

INSTITUIÇÃO: HC / UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 07/10/2005

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 25/10/06

II - OBJETIVOS

Caracterizar o perfil do familiar do potencial doador de córnea, analisando suas razões para aceitação ou recusa à doação.

III - SUMÁRIO

Espera-se que os resultados dessa pesquisa, um estudo analítico e descritivo, ajudem a planejar medidas mais efetivas para aumentar o número de doações de órgãos no país. A população do estudo será composta por todos os familiares dos potenciais doadores falecidos no HC-UNICAMP no período de fevereiro de 2006 a janeiro de 2007.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O protocolo de pesquisa apresentado encontra-se em conformidade com as exigências da resolução 196/96. Tanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quanto os critérios de inclusão e de exclusão estão adequados. Os pesquisadores se comprometem a preservar a identidade dos sujeitos pesquisados, bem como de manter em sigilo as fontes das informações privadas e confidenciais a eles confiadas. O estudo não exige dotação orçamentária alguma e não implica desvantagem ou risco algum para os envolvidos na pesquisa.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).


O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de outubro de 2005.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 22/04/08.
(PARECER CEP: Nº 601/2005)

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DOAÇÃO DE CÓRNEAS: PERSPECTIVAS DOS FAMILIARES”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Márcio Alexandre Araújo Florêncio dos Santos

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a Emenda que altera o título da pesquisa para “**PERFIL DOS FAMILIARES RESPONSÁVEIS PELA AUTORIZAÇÃO OU RECUSA A DOAÇÃO DE CÓRNEAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA**”, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de abril de 2008.

Assy
Profa. Dra. Carmen Sylvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados sobre a pesquisa científica

Título: PERFIL DOS FAMILIARES RESPONSÁVEIS PELA AUTORIZAÇÃO OU RECUSA À DOAÇÃO DE CÓRNEAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

**Pesquisadores: Dr. Márcio Alexandre Araújo Florêncio dos Santos
Dr. Dácio Carvalho Costa
Dra. Rosane Silvestre de castro
Prof. Dr. Newton Kara José**

Justificativa: Necessidade de conhecer razões relacionadas a aceitação e recusa à doação de córneas no Hospital de Clínicas da Universidade estadual de Campinas.

Objetivos da pesquisa: Identificar o perfil do familiar que autorizou ou não a doação de córneas e identificar as razões da aceitação e recusa à doação das córneas

Riscos: ausência de riscos

Estou ciente de que as informações obtidas e os resultados serão do meu inteiro conhecimento e que qualquer dúvida será esclarecida pelo pesquisador em qualquer etapa da pesquisa e que tenho todo direito de permitir ou não a minha participação na pesquisa. Caso os resultados forem publicados em algum trabalho ou revista médica, a identificação do paciente falecido e de seus familiares será preservada, bem como mantido em sigilo informações privadas e confidenciais. Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Familiar responsável

Responsável pela pesquisa

ANEXO 7- QUESTIONÁRIO

1- Estamos fazendo uma pesquisa com a finalidade de melhorar o serviço de captação e transplante do Hospital de Clínicas da Unicamp, o Sr.(a) pode conversar comigo agora?

Sim (1) Não(2)

2-Quantos anos o(a) Sr.(a) tem? _____

3- Gênero (o entrevistador não faz essa pergunta, apenas observa e marca a resposta)

Masculino (1) Feminino (2)

4- Qual o seu estado civil?

(1) solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Divorciado ou Separado consensualmente

5- o (a) Sr.(a) já estudou na escola? Sim (1) Não(2)

6- ECA, até que série estudou? _____

Ensino fundamental incompleto ou completo (1) Ensino Médio incompleto ou completo (2) Ensino Superior Incompleto ou completo

7- O Sr.(a) trabalha ou já trabalhou em alguma instituição (local) como voluntário(sem ganhar pelo que faz)?

Sim (1) Não(2)

8- o (a) Sr.(a) acha que seu conhecimento a respeito de doação de córneas é muito, mais ou menos, pouco ou nada?

Muito (1) mais ou menos(2) pouco (3) nada(4)

9- Por quais desses meios o (a) Sr.(a) já recebeu alguma informação a respeito de doação de córneas? (pode marcar mais de uma alternativa)

(1) TV

(2) Radio

(3) Revistas

(4) Jornais

(5) Profissionais da área de saúde

(6) Escolas ou instituições educacionais

(7) nenhum dos item acima

10- O Sr.(a) já conversou sobre doação ou transplante de córneas em outras ocasiões, sim ou não?

Sim (1) Não(2)

11- o (a) Sr.(a) é transplantado, sim ou não?

Sim (1) Não(2)

12- O Sr.(a) tem algum familiar ou conhecido que recebeu um transplante, sim ou não?

Sim (1) Não(2)

13- O Sr.(a) conhece alguém que doou os órgãos, sim ou não?

Sim (1) Não(2)

14- o (a) Sr.(a) é doador de sangue, sim ou não?

Sim (1) Não(2)

15- o (a) Sr.(a) doaria algum órgão, sim ou não?

Sim (1) Não(2)

16- O Sr.(a) doaria suas córneas, sim ou não?

Sim (1) Não(2)

17- Por quais razões o (a) Sr.(a) doaria suas córneas?

(1) por solidariedade às pessoas que estão a espera de um órgão

(2) É uma obrigação moral de todos doarem e é costume familiar doar

(3) por retribuição por algo que já fizeram por algum familiar ou conhecido

(4) por razões religiosas

(5) por poder permanecer vivo mesmo após a morte

(6) Não desejo explicar

(7) outra razão _____

18- Por quais razões o (a) Sr.(a) não doaria suas córneas?

- (1) a pessoa não recebe nada para doar
 - (2) rejeito a idéia do corpo ser mutilado
 - (3) tenho medo das córneas serem retiradas antes da morte em definitivo
 - (4) por razões religiosas
 - (5) não desejo explicar
 - (6) outra razão _____
-
-
-

19- O(a) Sr.(a) tem alguma religião?

Sim (1) Não(2)

É praticante?

Sim (1) Não(2)

20- ECA: (em caso afirmativo da resposta anterior)

(1) Qual sua religião? _____

(2) é praticante? Sim (1) Não(2)

21- Sua religião é a favor ou contra a doação, ou o sr(a) não sabe dizer?

A favor (1) contra (2) Não sei dizer (3)

22- A sua religião influencia na sua opinião em aceitar ou rejeitar a doação de órgãos?

Sim (1) Não(2)

23- O sr.(a) sabe informar se seu familiar desejava ser doador de córneas?

Sim (1) Não(2)

24- o (a) Sr.(a) consentiu a doação porque...

- (1) o falecido desejava doar
- (2) Doar é um bem que se faz ao próximo
- (3) é uma satisfação doar uma córnea para quem ta precisando
- (4) serve como um conforto ao momento de dor da família
- (5) outra razão _____

25- o (a) Sr.(a) recusou a doação porque....

- (1) o falecido não desejava doar
- (2) não tenho confiança na utilização da córnea
- (3) tenho pressa para o velório e não quero aumentar o tempo de sofrimento da família
- (4) por razões religiosas
- (5) outra razão _____